



**Adriana Quintal Vieira  
da Luz**

**Perturbação Obsessivo-Compulsiva e  
Sintomatologia Depressiva**



**Adriana Quintal Vieira  
da Luz**

**Perturbação Obsessivo-Compulsiva e  
Sintomatologia Depressiva**

**Relação com a Qualidade de Vida**

Dissertação apresentada à Universidade de Aveiro para cumprimento dos requisitos necessários à obtenção do grau de Mestre em Psicologia, Especialização em Psicologia Clínica e da Saúde, realizada sob a orientação científica da Professora Doutora Sara Otília Marques Monteiro, Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro.

## **o júri**

presidente

**Professora Doutora Anabela Maria de Sousa Pereira**

Professora Auxiliar com Agregação do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

**Professora Doutora Ana Filipa Fernandes Pimenta**

Assistente do Instituto Superior de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida

**Professora Doutora Sara Otília Marques Monteiro**

Professora Auxiliar Convidada do Departamento de Educação da Universidade de Aveiro

## **agradecimentos**

À minha orientadora, Professora Doutora Sara Otília Marques Monteiro, agradeço-lhe o apoio, dedicação, compreensão e as contribuições para o presente trabalho.

Dirijo o meu sincero e sentido reconhecimento à Universidade de Aveiro (UA) em geral e em especial ao Departamento de Educação da Universidade de Aveiro, por ter proporcionado as condições necessárias à elaboração da presente dissertação e à Professora Doutora Anabela Pereira, pelo seu papel decisivo enquanto Coordenadora do Mestrado e Docente de Psicologia

O meu sincero agradecimento ao Dr. Ricardo Moreira e à Dra. Antónia Santos Pinto, do Serviço de Psiquiatria e Saúde Mental do Hospital de São João, EPE, pela disponibilidade, apoio, partilha do seu saber e as contribuições para o presente trabalho e, muito especialmente, para mim enquanto futura profissional em Psicologia.

Um especial agradecimento aos participantes deste estudo, pela disponibilidade e tempo despendido e pela simpatia constante; sem eles, este trabalho não seria concretizável.

À minha família e amigos, que sempre me apoiaram nos momentos precisos, o meu especial agradecimento.

Ao Luís, pelo amor, apoio, carinho, paciência e motivação constante que sempre demonstrou no meu percurso académico e pessoal. Um muito obrigada pela força e coragem que sempre manifestou durante este ano e por ter vivido comigo frustrações e alegrias no decorrer do presente trabalho.

Um especial agradecimento à Diana Couto, pela disponibilidade, apoio e colaboração que sempre demonstrou. Obrigada pela confiança e amizade.

O meu sincero e profundo agradecimento a todas as pessoas que, direta ou indiretamente, contribuíram para a realização deste trabalho, estimulando-me intelectual e emocionalmente.

## palavras-chave

Perturbação Obsessivo-Compulsiva; Qualidade de Vida; Sintomatologia depressiva.

## resumo

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) consiste numa manifestação específica das Perturbações de Ansiedade, definida por obsessões e/ou compulsões recorrentes que causam sofrimento ao doente e/ou seus familiares, prejudicando as rotinas diárias, o emprego, o desempenho social e físico e a qualidade de vida em geral. A Organização Mundial de Saúde (OMS) classifica-a entre as dez maiores causas de doenças incapacitantes e que está frequentemente associada a um sofrimento marcante. Pode ser tão grave que a vida diária da pessoa é dominada pelos sintomas, passando a totalidade do tempo a ser invadida por pensamentos obsessivos e a sentir uma necessidade impulsiva de ritualizar. A literatura indica que doentes com POC que tenham diagnósticos psiquiátricos comórbidos apresentam pior Qualidade de Vida (QdV). Uma das perturbações mais associadas à POC é a Depressão, que, de acordo com alguns estudos, é igualmente preditora da baixa QdV.

O objetivo deste estudo é avaliar a POC e a Sintomatologia depressiva em relação à QdV. Pretende-se conhecer o *cluster* da POC que está mais afetado em relação à QdV e à sintomatologia depressiva; e também a relação entre a severidade da sintomatologia obsessivo-compulsiva com a QdV, bem como a sintomatologia depressiva.

A amostra é constituída por 38 doentes do Serviço de Psiquiatria do Hospital de São João, EPE, sendo que 17 são homens (44,7%) e 21 são mulheres (55,3%). Para avaliar a severidade da sintomatologia obsessivo-compulsiva utilizou-se o *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS; Goodman et al., 1989; versão experimental de Macedo, Pocinho, Relvas & Azevedo, 1999). Os *clusters* da POC foram avaliados com o Inventário Obsessivo-Compulsivo do Maudsley (MOCI; Hodgson & Rachman, 1977; versão portuguesa, traduzido e adaptado por Pocinho, Macedo, Azevedo e Relvas, 2011). A sintomatologia depressiva foi avaliada com o Inventário Depressivo de Beck (Beck et al., 1961; versão portuguesa por Vaz Serra e Pio Abreu, 1973). A QdV foi avaliada através do *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-Bref; versão portuguesa por Vaz-Serra e colaboradores, 2006). Este estudo evidencia o impacto da POC e da sintomatologia depressiva na QdV destes doentes e compara-os quanto à QdV em 2 grupos: 1) doentes com POC e sintomatologia depressiva; 2) doentes com POC sem sintomatologia depressiva.

Os principais resultados deste estudo são: 1) a POC compromete claramente uma baixa QdV; 2) a severidade obsessivo-compulsiva relaciona-se com a baixa QdV; 3) a presença de sintomatologia depressiva é outro preditor para a baixa QdV, aumentando a gravidade da sintomatologia obsessivo-compulsiva, bem como a dúvida patológica associada à doença; e 4) quanto maior a pontuação da sintomatologia depressiva, maior a tendência a comportamentos compulsivos. A interpretação dos resultados é discutida à luz de literatura proeminente.

## keywords

Obsessive-Compulsive Disorder; Quality of Life; Depressive symptoms.

## abstract

OCD is a specific manifestation of Anxiety Disorders, defined by obsessions and/or compulsions that cause recurring pain to the patient and/or their families, harming daily routines, employment, physical and social performance and quality of life in general. World Health Organization (WHO) classifies it among the ten leading causes of disabling diseases and is often associated with a marked distress. It may be so severe that the person's daily life is dominated by symptoms, passing all the time being invaded by obsessive thoughts and feeling an impulsive need to ritualize. The literature indicates that patients with OCD who have comorbid psychiatric diagnoses have worse QoL. One of the most commonly associated disorder with OCD is Depression, which, according to some studies, is also a predictor of lower QoL.

The aim of this study is to evaluate POC and Depressive symptoms in relation to QoL. It is intended to meet the cluster of OCD that is most affected in relation to QoL and to depressive symptoms, and also the relationship between the severity of obsessive-compulsive symptoms with QoL and depressive symptoms.

The sample consisted of 38 patients from the Psychiatric Service of Hospital de São João, EPE, 17 of them are men (44.7%) and 21 are women (55.3%). To evaluate the severity of obsessive-compulsive symptomatology, we used the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS, Goodman et al., 1989; experimental version by Macedo, Pocinho, Relvas & Azevedo, 1999).). The clusters of OCD were assessed with the Maudsley Obsessive-Compulsive Disorder Inventory (Moci; Hodgson & Rachman, 1977; Portuguese version, translated and adapted by Pocinho, Macedo, Azevedo and Relvas, 2011). Depressive symptoms were assessed with the Beck Depression Inventory (Beck et al., 1961; Portuguese version by Vaz Serra and Pio Abreu, 1973). QoL was assessed using the World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-Bref; Portuguese version by Vaz Serra et al, 2006).

This study demonstrates the impact of OCD and depressive symptoms on patients' QoL and compares them in 2 groups: 1) patients with OCD and depressive symptoms, 2) patients with OCD without depressive symptoms. The main results of this study are: 1) POC clearly committed a low QoL; 2) severity of obsessiveness-compulsiveness related to a low QoL; 3) appearance of depressive symptoms is another predictor for low QoL, increasing severity of obsessive-compulsive symptomatology, as well as pathological doubt associated with the disease; and 4) the higher the score of depressive symptoms, the greater the tendency to compulsive behaviors. Result interpretation is discussed in light of prominent literature.

## *Índice*

Júri

Agradecimentos

Resumo

*Abstract*

Índice

Lista de Tabelas

Introdução	<b>1</b>
Metodologia	<b>8</b>
Resultados	<b>13</b>
Discussão	<b>18</b>
Referências	<b>21</b>
Anexos	<b>28</b>

## *Lista de Tabelas*

Tabela 1 – Características sociodemográficas da amostra estudada	<b>9</b>
Tabela 2 – Comparação dos resultados nos domínios da Qualidade de Vida entre a amostra e a população geral	<b>13</b>
Tabela 3 – Correlações entre a Qualidade de Vida, sintomatologia depressiva, severidade e <i>clusters</i> da POC	<b>15</b>
Tabela 4 – Estudo das variáveis em estudo em relação ao sexo	<b>15</b>
Tabela 5 – Distribuição da amostra com e sem sintomatologia depressiva	<b>15</b>
Tabela 6 – Distribuição da amostra quanto ao sexo e aos grupos com e sem sintomatologia depressiva	<b>16</b>
Tabela 7 – Relação entre a Qualidade de Vida e a sintomatologia depressiva	<b>17</b>
Tabela 8 – Relação entre a severidade da POC e a sintomatologia depressiva	<b>17</b>
Tabela 9 – Relação entre o MOCI e a sintomatologia depressiva	<b>18</b>
Tabela 10 – Distribuição da amostra quanto ao sexo e ao início da POC	<b>18</b>



## **Introdução**

A Perturbação Obsessivo-Compulsiva (POC) consiste numa manifestação específica das Perturbações de Ansiedade, definida por obsessões e/ou compulsões recorrentes que causam sofrimento ao doente, prejudicando as rotinas diárias, o emprego, o funcionamento social e físico, bem como a Qualidade de Vida (QdV) em geral (APA, 2002). “Os transtornos obsessivo-compulsivos são tão complicados, repetitivos e envolventes que frequentemente interferem, de uma forma angustiante, com a vida quotidiana de qualquer indivíduo que os manifeste. Subjetivamente, fazem-se acompanhar de um grande desespero” (Vaz Serra, 2000). Deste modo, além da interferência nas várias atividades, a POC torna-se incómoda e angustiante não só para os doentes, mas também para os seus familiares (Macedo & Pocinho, 2007).

As obsessões envolvem pensamentos intrusivos, ideias, imagens ou impulsos que invadem a mente humana, independentemente da sua vontade, causando uma angústia significativa. Os fenómenos de natureza obsessiva são egodistónicos, ou seja, são experienciados como estranhos e desagradáveis, que perturbam e contrariam o sujeito. Para o mesmo, as obsessões são reconhecidas como produtos da sua mente que, embora perceba o seu carácter irracional, dificilmente tem sucesso em conseguir afastá-las (APA, 2002). São vários os tipos de obsessões que antecedem as compulsões: contaminação (preocupações genéricas sobre sujidade ou medos de contrair uma doença), dúvida patológica (preocupações constantes relacionadas com a possibilidade de que, em consequência de um eventual descuido seu, possa acontecer algo temível ou desagradável) (Macedo & Pocinho, 2007), obsessão de impulso (receios angustiantes de forma irresistível e involuntária de poder cometer um ato incongruente, repugnante, imoral ou criminoso), lentificação obsessiva (extrema lentidão e escassa ansiedade, em que todas as atividades diárias são usualmente executadas de forma lenta e minuciosa) (Maia, 2007), necessidade de simetria (necessidade de ordenar, arrumar ou colocar as coisas de modo “perfeito”), obsessões somáticas (atenção excessiva com a possibilidade de estar ou ficar doente) e obsessões sexuais e agressivas (preocupação excessiva com a probabilidade de vir a cometer algum ato agressivo ou censurável de conteúdo físico ou sexual) (Macedo & Pocinho, 2007). Woodruff e Pitts (1964, cit. por Macedo & Pocinho, 2007) consideram seis tipos de obsessões: ideias, imagens, convicções, ruminações, impulsos e medos. Segundo estes autores, as ideias de natureza obsessiva correspondem a pensamentos

repetitivos, suscetíveis de interromper o normal curso de pensamento, sendo que podem surgir sob a forma de palavras, frases de conteúdo absurdo e/ou violento, entre outros. As imagens obsessivas consistem em representações imagéticas, fulgurantes e repetitivas. As convicções obsessivas englobam pensamentos maioritariamente de carácter mágico. As ruminações obsessivas envolvem pensamentos intermináveis e inconclusivos sobre questões que não obtêm qualquer resposta. Os impulsos obsessivos compreendem a preocupação de cometer um ato nocivo, imoral ou agressivo. Por último, os medos obsessivos envolvem temas relacionados com a sujidade e a contaminação. “Muitas pessoas podem ter pensamentos desagradáveis ou extremamente repetitivos, mas não são verdadeiras obsessões a menos que sejam indesejados e insuprimíveis” (Trzepacz & Baker, 2001).

As compulsões são comportamentos estereotipados (motores ou mentais) repetitivos, indesejados e egodistónicos, que o indivíduo é levado a executar para reduzir a ansiedade ou o sofrimento causado por uma obsessão ou então para evitar que uma situação temida venha a ocorrer. Segundo Foa e colaboradores (1995), 90% dos doentes com POC referem que realizam as compulsões para reduzir essa mesma ansiedade associada às obsessões. Normalmente, as compulsões ou são excessivas ou não têm uma conexão realista com aquilo a que visam neutralizar ou evitar (APA, 2002). Não são agradáveis para o doente mas este encara esses comportamentos como um modo de prevenir certos acontecimentos objetivamente improváveis. Existem vários tipos de compulsões, sendo as mais frequentes os rituais de lavagem e os rituais de verificação (Macedo & Pocinho, 2007).

Deste modo, enquanto as obsessões causam desconforto emocional, os rituais compulsivos tendem a aliviar esse desconforto mas não são prazerosos. Segundo Lewis (1935, cit. por Torres & Smaira, 2001), “quanto mais agradável um ato repetitivo, menos provável que seja compulsivo”. Habitualmente, o indivíduo com obsessões tenta ignorar e suprimir os pensamentos intrusivos ou neutralizá-los com outros pensamentos e ações. O doente reconhece que o comportamento é despropositado e irracional, apesar de dificilmente o conseguir evitar (APA, 2002).

Uma das características das obsessões é que o doente tenta, na maioria dos casos sem sucesso, oferecer resistência a esses pensamentos. De acordo com Lewis (1936, cit. por Macedo & Pocinho, 2007), esta propriedade de *despertar luta interna* onde

individualmente se tenta resistir à intromissão desses pensamentos na consciência é uma característica fundamental da doença obsessiva.

Nesta psicopatologia existe frequentemente o evitamento de situações que implicam o conteúdo das obsessões, tais como a sujidade ou a contaminação. As preocupações hipocondríacas são também comuns, com consultas repetidas a médicos para procurar ser tranquilizado. A culpa, um sentimento patológico de responsabilidade, pode estar presente, assim como perturbações do sono. Pode existir a utilização excessiva de álcool ou de sedativos, hipnóticos ou medicação ansiolítica. O desempenho das compulsões pode passar a ser a atividade fundamental da vida, conduzindo a limitações sérias nas esferas conjugais, ocupacionais e sociais. O evitamento generalizado pode deixar o sujeito completamente restringido à sua casa (APA, 2002).

Não existe uma única causa para explicar o aparecimento da POC, havendo vários pressupostos teóricos relativamente ao desenvolvimento e manutenção desta. Dollard e Miller (1950, cit. por Fisher, 2006) sugerem que o medo associado às obsessões começa por condicionamento clássico e que os rituais são mantidos através de condicionamento operante. Segundo o mesmo autor, Foa e Kosak (1985) acreditam que os doentes com POC sobrestimam a ameaça porque não entendem a ausência de perigo como sinal de segurança.

Apesar de ainda não serem bem conhecidos os mecanismos fisiopatológicos envolvidos na POC, nem a sua exata etiologia, os dados empíricos obtidos ao longo dos últimos sessenta anos (Black, 1996; cit. por Macedo & Pocinho, 2007) indicaram repetidamente que o distúrbio apresenta um carácter familiar. Estudos epidemiológicos têm demonstrado uma maior prevalência da POC em familiares diretos dos doentes, quando comparados à prevalência da população geral, o que indica a importância de fatores genéticos na etiologia desta perturbação (Lacerda, Dalgalarrrondo & Camargo, 2001). Estudos de gémeos apoiam a ideia de uma forte hereditariedade para esta perturbação, com uma influência genética de 45-65% em estudos com crianças e 27-47% em adultos. Gémeos monozigóticos apresentam-se muito concordantes em relação à POC (80-87%), comparados com os 47-50% dos gémeos dizigóticos (Greenberg, 2009). Outros estudos realizados no âmbito desta etiologia têm comprovado que quanto mais precoce é o início do aparecimento dos sintomas desta perturbação, maior o risco de morbilidade para a POC entre os familiares (Rosario-Campos & Mercadante, 2000).

O ambiente também tem o seu papel no surgimento ou evolução da POC. Os doentes reportam com mais frequência do que os saudáveis que foram superprotegidos ou negligenciados emocionalmente pelos pais (Cavedo e Parker, 1994). Os fatores de risco perinatais, tal como trabalho prolongado ou edema aquando da gravidez, foram descritos como um risco aumentado de se vir a sofrer de POC mais tarde (Vasconcelos et al., 2007). Também o abuso sexual de crianças parece ser um mediador importante, especialmente nas mulheres (Lochner et al., 2002).

A POC ocupa o quarto lugar entre as perturbações mentais mais frequentes, sendo antecedida pela Depressão, pela Fobia social e pelo Abuso de substâncias (Niederauer, Braga, Souza, Meyer & Cordioli, 2007). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), está entre as dez maiores causas de doenças incapacitantes (OMS, 1993) e encontra-se frequentemente associada a um sofrimento marcante (Koran et al., 2010).

De acordo com o Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-IV-TR) (APA, 2002), os estudos efetuados com crianças e adolescentes portadores de POC estimaram uma prevalência de 0,7% ao longo de um ano e de 1% a 2,3% ao longo da vida. A pesquisa indica que as taxas de prevalência desta patologia são semelhantes em muitas culturas mundiais. Estudos apontam para uma prevalência da POC entre 1,6% a 3,1% na população ao longo da vida e ocorre em geral em pessoas jovens, ao final da adolescência (Kessler et al., 2005). É uma doença grave que incapacita cerca de 10% dos seus portadores (Lensi et al., 1996).

Embora seja mais provável a POC surgir na adolescência ou no início da adultez, também pode aparecer na infância (Rasmussen & Eisen, 1992). Dos doentes com POC, um terço a um meio tem a latência clínica da doença durante a infância (Valleni-Basile et al., 1994). Nas crianças, os quadros clínicos da POC são semelhantes aos da idade adulta. De acordo com o *National Epidemiologic Catchment Area Survey* (ECA), a idade média para o início da POC é aos 23 anos (Grant et. al, 2007). Outros estudos apontam que a idade média para o início desta patologia é menor nos homens (21 anos) do que nas mulheres (24 anos). Os homens manifestam um início mais precoce (entre os 5 e os 15 anos) do que as mulheres (25 e os 35 anos), embora o pico de idade para o início da POC para ambos os sexos seja entre os 16 e os 25 anos (Cordioli & Oliveira, 2010).

Estudos realizados por autores italianos mostram que os homens têm com mais frequência uma história de perturbações de ansiedade (nomeadamente fobias) precedendo a

POC, enquanto as mulheres têm mais história de perturbações alimentares (Bogetto et al., 1999) e depressivas (Noshirvani et al., 1991).

A POC encontra-se associada a doenças de índole psiquiátrico, especialmente a Depressão e Perturbações da Ansiedade (Tenny, Meigen, Geus & Westenberg, 2004; LaSalle et al., 2004; cit. por Fisher & O'Donohue, 2006). Contudo, esta patologia também se relaciona com Perturbações do Comportamento Alimentar e com Perturbações da Personalidade, como são exemplo a Perturbação Obsessivo-Compulsiva da Personalidade, Perturbação Evitante da Personalidade e Perturbação Dependente da Personalidade (APA, 2002). Existem também altas taxas de comorbilidade entre a POC e Perturbações de Tiques (Eichstedt & Arnold, 2001; cit. por Fisher & O'Donohue, 2006), nomeadamente a Perturbação de Gilles de la Tourette, bem como com outras Perturbações de Controlo de Impulsos (Foa & Franklin, 2001; cit. por Fisher & O'Donohue, 2006), sobretudo a Cleptomania e Tricotilomania. Perturbações Somatoformes (em especial Hipocondria e Perturbação Dismórfica Corporal), Perturbações do Comportamento Alimentar e Perturbação de Hiperactividade com Défice de Atenção (PHDA), são exemplos de outras comorbilidades associadas à POC (Greenberg, 2009; Stein, 2002; Millet et al., 2004).

Na infância, é frequente haver co-morbilidade entre a POC, a PHDA e a Perturbação de Gilles de la Tourette (Greenberg, 2009) e esta pode ainda surgir associada a Perturbações da Aprendizagem e Perturbações Disruptivas do Comportamento.

Segundo o DSM-IV-TR (APA, 2002), das características mais frequentemente associadas à POC evidenciam-se o evitamento de situações que implicam o conteúdo das obsessões (como a contaminação ou a sujidade), as preocupações hipocondríacas, o sentimento de culpa, o evitamento generalizado e as perturbações de sono.

De acordo com alguns estudos, a Depressão é a comorbilidade que está mais associada à POC, o que reforça a baixa QdV em sujeitos com esta doença (Moritz, 2008). Entre um terço a dois terços de doentes com POC está clinicamente depressivo (Angst et al., 2004; Demal, Lenz, Mayrhofer, Zapotoczky, & Zitterl, 1993; Sasson et al., 1997).

A comorbilidade da Depressão parece aumentar a gravidade e o risco associado à perturbação, pois ocorrem mais pensamentos sobre a morte e o suicídio (Chen & Disalver, 1995; Stavradi & Vargo, 1986, cit. por Cassin et al., 2009). Os doentes obsessivo-compulsivos com Perturbação Depressiva *Major* (PDM) comórbida têm uma taxa mais elevada de tentativas de suicídio e hospitalizações, têm maior comorbilidade com a

Perturbação da Ansiedade Generalizada e têm maior abuso de cafeína, comparativamente com os doentes obsessivo-compulsivos sem depressão major (Perugi et al., 1997).

Segundo estudos de Robins e colaboradores (1984, cit. por Fineberg, Fourie, Gale & Sivakumaran, 2005), indivíduos com características obsessivo-compulsivas apresentam habitualmente desordens de humor, nomeadamente Depressão, numa proporção de 1 para 3. Outras investigações revelam esta mesma conclusão, mas avançam uma proporção de 2 para 3 (Pigott et al., 1994, cit. por Fineberg, Fourie, Gale & Sivakumaran, 2005).

Um estudo de Cassin e colaboradores (2009) avaliou o impacto da depressão comórbida na QdV dos doentes obsessivo-compulsivos, com uma amostra de 56 doentes, dos quais 28 tinham apenas POC e 28 tinham POC e Depressão comórbida. Os doentes no grupo da comorbilidade referiram maior gravidade da sintomatologia obsessivo-compulsiva, maior número de diagnósticos do Eixo I em comorbilidade (para além da depressão) e pontuaram significativamente mais baixo nas escalas sentimentos subjetivos, relações sociais e atividades gerais do “Questionário do Prazer e Satisfação com a Qualidade de Vida”. Os resultados do referido estudo apontam para efeitos específicos da depressão comórbida nos sentimentos subjetivos, no funcionamento social, no bem-estar geral e na capacidade de lidar com a perturbação. Como a depressão está associada ao humor deprimido, à perda de interesse ou prazer, ao evitamento social e à dificuldade de concentração, já se esperava que o grupo da comorbilidade entre a POC e a Depressão pontuasse mais baixo nestes domínios, comparativamente ao grupo da POC (Cassin et al., 2009).

A POC pode ser tão grave que a vida diária da pessoa é dominada pelos sintomas, passando a totalidade do tempo a ser invadida por pensamentos obsessivos e a sentir uma necessidade impulsiva de ritualizar (Pocinho, n.d.). Estudos apontam que a POC tem um impacto significativamente negativo aos níveis conjugal, familiar, social, profissional e ocupacional, potenciando uma baixa autoestima que pode levar ao aumento do risco de ter depressão, tentativas de suicídio, abuso de álcool e drogas ilícitas (Hou, Yen, Huang, Wang & Yeh, 2010). Estes problemas traduzem um sofrimento que afeta claramente a QdV destes indivíduos. Apesar de não haver uma definição única de QdV, esta é considerada um construto multidimensional, que reflete o bem-estar físico e psíquico dos indivíduos em diferentes domínios da sua vida. Envolve aspetos como o bem-estar psicológico, a satisfação com a vida, o funcionamento social, o desempenho, as condições

de vida, o apoio social (Torresan, Smaira, Ramos-Cerqueira & Torres, 2007), as relações interpessoais, a compreensão da própria saúde e o grau de dor física (Cordioli & Oliveira, 2010).

Recentemente constatou-se que quanto maior for a severidade da POC, maior o impacto na QdV (Moritz et al., 2005), bem como o prejuízo do funcionamento social dos indivíduos (Koran, Thienenmann & Davenport, 1996). Algumas consequências da POC foram estudadas por diversos autores (Steketee et al., 1987; Hollander et al., 1996; Stein et al., 2000; Lochner et al., 2003; Moritz et al., 2005; Eisen et al., 2006, cit. por Torresan, Smaira, Ramos-Cerqueira & Torres, 2007): diminuição da autoestima e do bem-estar subjetivo; diminuição da vitalidade; interferência negativa na vida acadêmica, profissional, afetiva e social; menor aproveitamento escolar; menor conquista profissional; dificuldades de relacionamentos; menos amigos; menor capacidade para apreciar atividades de lazer; além dos custos indiretos para a família e para a sociedade. Em casos graves, pode haver dificuldade ou mesmo incapacidade completa para atividades diárias, sendo que alguns indivíduos com POC podem mesmo ficar totalmente “presos” em casa.

Diversos estudos têm vindo a demonstrar que a QdV em indivíduos com POC é afetada em todos os domínios, quando comparada à QdV na população em geral (Rapaport et al., 2005 cit. por Torresan, Smaira, Ramos-Cerqueira & Torres, 2007; Bobes et al., 2000; Stengler-Wenzke et al., 2006; Eisen et al., 2006; Rodriguez-Salgado et al., 2006). Outros estudos apontaram para uma diminuição do funcionamento emocional, social (Bobes et al., 2001) e profissional (Moritz et al., 2005) como domínios afetados na QdV dos indivíduos com POC.

Um estudo de Hollander e colaboradores (1996), em que foram avaliados 419 indivíduos com POC, verificou-se que 73% consideraram que a sua doença interferia nos relacionamentos familiares. Outro estudo, com uma amostra clínica (N=197), constatou que um terço da amostra era incapaz de trabalhar devido à doença. Outros domínios afetados, no mesmo estudo, apontam para a incapacidade de realizar tarefas domésticas, as pobres relações sociais e a incapacidade de desfrutar de atividades de lazer (Eisen et al., 2006).

Segundo o ECA, 31,7% dos indivíduos com POC apresentam diagnóstico comórbido de PDM (Regier et al., 1988, cit. por Masellis, Rector & Richter, 2003), o que não se verifica no estudo de Anholt e colaboradores (2011), uma vez que aponta para 50%

dos indivíduos com POC apresentarem diagnóstico comórbido da Depressão. Estima-se que mais de 75% dos indivíduos com POC experienciam estados depressivos (Black, Noyes, Goldstein & Blum, 1992). Outros estudos também têm relacionado a depressão a uma maior cronicidade e gravidade da evolução da POC (Masellis, Rector & Richter, 2003; Seabra, 2010). A Depressão medeia grande parte do impacto sobre os sintomas de POC na incapacidade funcional destes indivíduos (Storch et al., 2010) e é um grande indicador de pior QdV nos indivíduos com POC (Fontenelle et al., 2010). Além disso, os sintomas depressivos contribuem para uma maior incapacidade ocupacional dos indivíduos com POC (Mancebo et al., 2008).

A gravidade das obsessões e dos sintomas depressivos associados correlaciona-se com a QdV das pessoas, comprometendo o bem-estar subjetivo, as relações sociais (Eisen et al., 2006) e a capacidade para o lazer (Masellis, Rector & Richter, 2003). Já a gravidade das compulsões parece estar associada a declínios na capacidade para trabalhar (Eisen et al., 2006).

O objetivo principal deste estudo é avaliar a QdV em sujeitos com POC com e sem sintomatologia depressiva. Com base na literatura revista, espera-se que a QdV esteja comprometida em todos os domínios (geral, físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente). Pretende-se investigar qual é o *cluster* da POC que é mais afetado em relação à QdV e à sintomatologia depressiva. A relação entre a severidade obsessivo-compulsiva com a QdV e sintomatologia depressiva também irá ser estudada. Espera-se que os sujeitos com comorbidade depressiva tenham pior QdV comparativamente aos sujeitos sem comorbidade associada e que a severidade da sintomatologia obsessivo-compulsiva esteja diretamente relacionada com a baixa QdV.

## **Metodologia**

### *Participantes*

A amostra deste estudo é constituída por 38 doentes, dos quais 21 são mulheres (55,3%) e 17 são homens (44,7%), com idades compreendidas entre os 18 e os 62 anos ( $M=36,71$ ;  $DP=12,97$ ) e que preenchem critérios para a POC de acordo com o DSM-IV-TR (APA, 2002).

Na Tabela 1 são apresentados a média e o desvio padrão das idades da amostra, bem como a frequência e a percentagem das restantes características sociodemográficas.



**Tabela 1.** Características sociodemográficas da amostra estudada.

<b>Variáveis</b>	<b>n=38</b>
<b>Idade (Média, DP)</b>	36,71 (12,972)
Mínimo – Máximo	18 – 62
<b>Estado civil</b>	
Solteiro(a)	17 (44,7%)
Casado(a)	13 (34,2%)
União de facto	3 (7,9%)
Divorciado(a)	4 (10,5%)
Viúvo(a)	1 (2,6%)
<b>Escolaridade</b>	
1º - 4º ano	3 (7,9%)
5º - 6º ano	1 (2,6%)
7º - 9º ano	5 (13,2%)
10º - 12º ano	19 (50,0%)
Licenciatura	10 (26,3%)
<b>Profissão</b>	
Trabalhos domésticos	2 (5,3%)
Profissional liberal	4 (10,5%)
Empresário	3 (7,9%)
Funcionário público	6 (15,8%)
Operário – trabalho especializado	4 (10,5%)
Operário – trabalho não especializado	12 (31,6%)
Estudante	7 (18,4%)
<b>Início da POC (Média, DP)</b>	18,74 (7,800)
Mínimo – Máximo	8 – 45

### *Instrumentos*

Foram elaborados um formulário de consentimento informado livre e esclarecido (cf. Anexo 1) e um questionário sociodemográfico (informação adicional) (cf. Anexo 2) para caracterizar algumas informações, tais como a profissão e o início da POC.

Para avaliar a severidade da sintomatologia obsessiva e compulsiva utilizou-se o *Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale* (Y-BOCS), versão original de Goodman e colaboradores (1989) e utilizada a versão experimental de Macedo, Pocinho, Relvas e Azevedo (1999). É uma escala standardizada, baseada numa entrevista semiestruturada com dez itens que avaliam a severidade dos sintomas obsessivos e compulsivos. O Y-BOCS avalia a severidade através de cinco domínios das obsessões e compulsões: tempo, interferência, angústia/mal-estar, resistência e grau de controlo. Cada item é cotado segundo uma escala tipo *Likert* que varia entre 0 (sem sintomas) e 4 (sintomas extremos).

Classificações elevadas indicam uma maior gravidade da sintomatologia, com uma pontuação total de 0 a 40 pontos, sendo que as obsessões e as compulsões pontuam de 0 a 20 pontos (Goodman et al., 1989). O Y-BOCS tem uma boa validade inter-avaliador ( $r=.80-.99$ ) e validade teste-reteste ( $r=.81-.97$ ), assim como uma boa consistência interna ( $\alpha=.69-.91$ ) (Grabill et al., 2008). A escala é frequentemente usada nas Instituições de Saúde. Contudo, a versão experimental não tem propriedades psicométricas. No presente estudo, o valor do Alfa de Cronbach encontrado para as Obsessões foi de  $\alpha = 0.9$  e para as Compulsões foi de  $\alpha = 0.91$ .

Para avaliar os *clusters* da POC, utilizou-se o Inventário Obsessivo-Compulsivo do Maudsley (MOCI) de Hodgson e Rachman (1977), versão portuguesa, traduzido e adaptado por Pocinho, Macedo, Azevedo e Relvas (2011). Este questionário permite avaliar os tipos de problemas obsessivos. O MOCI é um inventário de autoavaliação constituído por 30 perguntas, com uma escala de resposta dicotómica, ou seja, do tipo Verdadeiro/Falso. É um questionário que consiste em quatro subescalas/fatores: (F1) verificação (constituído por 9 itens), (F2) lavagem (constituído por 11 itens), (F3) lentidão/repetição (constituído por 7 itens) e (F4) dúvida (constituído por 7 itens). Os fatores referem-se essencialmente ao tempo consumido pela sintomatologia obsessivo-compulsiva. A escala apresenta propriedades psicométricas aceitáveis (Taylor, 1998, cit. por Najmi & Amir, 2010). Em relação à validade, em amostras não clínicas, o MOCI mostrou ter consistência interna, com coeficientes alfa de Cronbach que variaram de 0.40 a 0.77 para a escala total (Sternberg & Burns, 1990; Taylor, 1998, cit. por Najmi & Amir, 2010). A sua fidelidade teste/reteste é aceitável, com  $\tau=0.8$  (Hodgson & Rachman, 1977). Esta medida de avaliação também é muito usada nas Instituições de Saúde. Porém, a sua aferição está ainda a decorrer nos Hospitais da Universidade de Coimbra (HUC).

A sintomatologia depressiva foi avaliada com o Inventário Depressivo de Beck, versão original de Beck, Ward, Mendelson, Mock e Urbaugh (1961), versão portuguesa validada por Vaz Serra e Pio Abreu (1973). É um questionário de auto-resposta composto por 21 grupos de afirmações que valorizam sintomas cognitivos da depressão, nomeadamente: estado de ânimo triste, pessimismo, sentimento de fracasso, insatisfação, sentimento de culpabilidade, sentimento de punição, ódio a si mesmo, auto-acusações,

desejos suicidas, crises de choro, irritabilidade, afastamento social, incapacidade de decisão, distorção da imagem corporal, incapacidade de trabalhar, perturbações do sono, fadigabilidade, perda de apetite, perda de peso, hipocondria e diminuição da libido (Pais Ribeiro, 2007; Vaz Serra & Pio Abreu, 1973). A cotação do instrumento, além da pontuação global, permite categorizar a intensidade da sintomatologia depressiva da seguinte forma: 0 a 9 (não deprimido); 10 a 20 (estados depressivos leves); 21 a 30 (depressão moderada); e pontuação superior a 30 (depressão grave) (Gameiro et al., 2008). A escala é uma das mais antigas para a avaliação da depressão validada em português e está bem fundamentada, demonstrando possuir boas características psicométricas (Pais Ribeiro, 2007; Vaz Serra & Pio Abreu, 1973a, 1973b). O ponto de corte estabelecido para o estudo da sintomatologia depressiva foi de pontuações 0-20 (ausência da sintomatologia) e pontuações >21 (presença de sintomatologia).

Para avaliar a qualidade de vida foi utilizada a escala *World Health Organizations Quality of Life* (WHOQOL-Bref), versão abreviada com aferição portuguesa por Vaz Serra e colaboradores (2006). Esta é constituída por 26 itens, com duas questões gerais sobre QdV e as restantes 24 questões estão divididas em quatro domínios: 1) Físico (e.g. dor e desconforto); 2) Psicológico (e.g. imagem corporal, sentimentos positivos); 3) Relações sociais (e.g. atividade sexual, apoio social); e 4) Meio ambiente (e.g. recursos económicos). Cada um destes domínios é formado por diferentes facetas, cada uma delas avaliada a partir de uma questão. O formato das respostas é baseado numa escala tipo *Likert* que varia entre “nada” (1 ponto) a “extremamente/completamente satisfeito” (5 pontos), considerando que o participante deverá ter como referência as suas duas últimas semanas para responder a cada conjunto dos itens. O resultado total pode variar entre 1 e 130 e a qualidade de vida do indivíduo é tanto mais elevada quanto maior for esta pontuação. Os estudos psicométricos para a versão portuguesa (Vaz Serra et al., 2006) demonstraram que o WHOQOL-Bref apresenta boas características em termos de consistência interna com um alfa de Cronbach de .92 nos 26 itens e uma estabilidade temporal com um coeficiente de correlação em cada domínio variando entre .65 e .85, indicando que é um bom instrumento para avaliar a QdV em Portugal (Vaz Serra et al., 2006).

### *Procedimentos*

A instituição eleita para realizar o estudo foi o Centro Hospitalar de Hospital de São João, EPE (HSJ). Como critérios de inclusão foram considerados: 1) o diagnóstico de POC de acordo com o DSM-IV-TR (APA,2002); 2) comorbilidade com a Depressão; e 3) participantes com idades superiores a 18 anos. Os critérios de exclusão foram a presença de comorbilidades com outras perturbações psiquiátricas e a presença de uma perturbação de origem orgânica que impossibilite a compreensão e a natureza do estudo.

Como procedimento inicial, foram pedidas as respetivas autorizações aos autores dos instrumentos de avaliação. Após as respostas de confirmação, foi feito o pedido à Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de São João, EPE, para recolher a amostra no Serviço de Psiquiatria em doentes com POC em regime de ambulatório (cf. Anexo 7).

O médico psiquiatra responsável pelas consultas da POC selecionou os doentes com este diagnóstico, sem comorbilidades com outras doenças psiquiátricas, com exceção da Perturbação Depressiva *Major*. Além disso, disponibilizou a lista com o número dos processos dos doentes para podermos ter acesso à história clínica através do Sistema de Apoio do Médico (SAM). Após esta fase, foi dado início à recolha da amostra nas consultas do médico psiquiatra e nas consultas de psicologia.

Aos participantes interessados foram explicados os objetivos do estudo, fornecendo o formulário do consentimento informado livre e esclarecido e também foram esclarecidas todas as dúvidas que surgiram.

A análise estatística foi efetuada no programa *IMB Statistical Package for Social Science* (SPSS, versão 19.0). Com o objetivo de obter informações sobre as características da amostra, foram calculadas estatísticas descritivas relativas às variáveis sociodemográficas (frequências, percentagens, médias e desvios-padrão). Utilizámos testes não paramétricos, uma vez que a amostra segue uma distribuição não normal. Estabeleceu-se um nível de significância estatística de 0.05.

## Resultados

Num primeiro momento, vamos fazer referência à amostra estudada comparativamente à população geral em relação à QdV (cf. Tabela 2). De seguida, serão apresentados os resultados das correlações entre as variáveis estudadas (QdV, clusters da POC, severidade da sintomatologia obsessivo-compulsiva e sintomatologia depressiva), bem como os resultados obtidos das mesmas (cf. Tabela 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 e 10).

Foram avaliadas as diferenças entre o grupo clínico e a população geral. Podemos verificar que, para todos os domínios, a nossa amostra apresenta valores mais reduzidos comparativamente à população geral. Nos Domínios Geral, Físico, Psicológico e Relações sociais existem diferenças estatisticamente significativas, com exceção do Domínio Meio ambiente (cf. Tabela 2).

**Tabela 2.** Comparação dos resultados nos domínios da QdV entre a amostra e a população geral

	Amostra	População geral		
	Média (DP)	Média (DP)	T	p
D (Geral)	42,43 (21,26)	71,51 (13,30)	-8,429	.000***
D (Físico)	58,17 (17,78)	77,49 (12,27)	-6,693	.000***
D (Psicológico)	44,84 (17,28)	72,38 (13,50)	-9,818	.000***
D (Relações sociais)	50,65 (17,69)	70,42 (14,54)	-6,886	.000***
D (Meio ambiente)	59,45 (13,24)	64,89 (12,24)	-2,528	.016

\*\*\*p<.001

### *Domínios da QdV e severidade da sintomatologia obsessivo-compulsiva*

Relativamente aos domínios da QdV e a escala Y-BOCS, fez-se o estudo das correlações. O Y-BOCS Obsessões apresenta uma correlação negativa estatisticamente significativa com os domínios Geral ( $r = -.410$ ;  $p = .011$ ), Físico ( $r = -.630$ ;  $p = .000$ ) e Psicológico ( $r = -.488$ ;  $p = .002$ ). O Y-BOCS Compulsões apresenta uma correlação negativa estatisticamente significativa com os domínios Geral ( $r = -.396$ ;  $p = .014$ ), Físico ( $r = -.400$ ;  $p = .013$ ) e Psicológico ( $r = -.355$ ;  $p = .029$ ). Por último, o Y-BOCS Total também apresenta uma correlação negativa estatisticamente significativa com os domínios Geral ( $r = -.452$ ;  $p = .004$ ), Físico ( $r = -.583$ ;  $p = .000$ ) e Psicológico ( $r = -.476$ ;  $p = .003$ ). Estes resultados indicam que quanto maior a severidade da sintomatologia obsessivo-compulsiva, menor é a QdV nos domínios anteriormente referidos (cf. Tabela 3).

### *Domínios da QdV e clusters da POC*

O fator 2 do MOCI (Lavagem) apresenta uma correlação negativa estatisticamente significativa com os Domínios Físico ( $r = -.486$ ;  $p = .002$ ) e Meio ambiente ( $r = -.363$ ;  $p = .025$ ). O fator 3 do MOCI (Lentidão/Repetição) também indica uma correlação negativa estatisticamente significativa com os Domínios Físico ( $r = -.405$ ;  $p = .012$ ) e Psicológico ( $r = -.323$ ;  $p = .048$ ). Quanto ao fator 4 do MOCI (Dúvida) apresenta uma correlação negativa estatisticamente significativa com os Domínios Físico ( $r = -.501$ ;  $p = .001$ ) e Psicológico ( $r = -.347$ ;  $p = .033$ ). Estes dados indicam que quanto maior a lavagem, a lentidão/repetição e a dúvida, menor é a QdV nos domínios anteriormente referidos. O fator 1 do MOCI (Verificação) ostenta correlações negativas com os Domínios da QdV; contudo, não são estatisticamente significativas (cf. Tabela 3).

### *Domínios da QdV, sintomatologia depressiva, severidade e clusters da POC*

Relativamente à sintomatologia depressiva, esta tem uma correlação negativa estatisticamente significativa com os seguintes domínios da QdV: Geral ( $r = -.594$ ;  $p = .000$ ), Físico ( $r = -.611$ ;  $p = .000$ ), Psicológico ( $r = -.606$ ;  $p = .000$ ) e Relações sociais ( $r = -.367$ ;  $p = .023$ ). Estes resultados indicam que quanto maior a pontuação da sintomatologia depressiva, menor será a QdV nos domínios referidos.

Quanto à sintomatologia depressiva e aos *clusters* da POC (MOCI), as correlações são positivas estatisticamente significativas nos fatores da Verificação ( $r = .437$ ;  $p = .006$ ), da Lentidão/Repetição ( $r = .357$ ;  $p = .028$ ) e da Dúvida ( $r = .530$ ;  $p = .001$ ). Estes dados traduzem que quanto maior a pontuação da sintomatologia depressiva, maior será a tendência à lavagem, à lentidão/repetição e à dúvida nos doentes obsessivos-compulsivos.

Por último, no que respeita à relação entre a sintomatologia depressiva e a severidade da sintomatologia obsessivo-compulsiva, verifica-se apenas uma correlação positiva estatisticamente significativa com o Y-BOCS Obsessões ( $r = .419$ ;  $p = .009$ ), o que indica que quanto maior a pontuação da sintomatologia depressiva, maior será a severidade das obsessões (cf. Tabela 3).

**Tabela 3.** Correlações entre a QdV, sintomatologia depressiva, severidade e *clusters* da POC

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
1. D (G)	1											
2. D (F)	<b>.646**</b>	1										
3. D (P)	<b>.665**</b>	<b>.669**</b>	1									
4. D (RS)	.223	.297	<b>.441**</b>	1								
5. D (MA)	<b>.426**</b>	<b>.416**</b>	<b>.341*</b>	-.006	1							
6. BDI	<b>-.594**</b>	<b>-.611**</b>	<b>-.606**</b>	<b>-.367*</b>	-.206	1						
7. MOCI (V)	-.259	-.240	-.271	-.144	-.259	<b>.437**</b>	1					
8. MOCI (L)	-.233	<b>-.486**</b>	-.207	-.042	<b>-.363*</b>	.102	.251	1				
9. MOCI (L/R)	-.222	<b>-.405*</b>	<b>-.323*</b>	-.194	-.229	<b>.357*</b>	<b>.668**</b>	<b>.461**</b>	1			
10. MOCI (D)	-.220	<b>-.501**</b>	<b>-.347*</b>	-.032	-.124	<b>.530**</b>	<b>.564**</b>	<b>.417**</b>	<b>.602**</b>	1		
11. Y-BOCS (O)	<b>-.410*</b>	<b>-.630**</b>	<b>-.488**</b>	-.158	-.236	<b>.419**</b>	.268	<b>.354*</b>	.311	<b>.532**</b>	1	
12. Y-BOCS (C)	<b>-.396*</b>	<b>-.400*</b>	<b>-.355*</b>	-.210	-.248	.126	.186	<b>.342*</b>	.248	.236	<b>.588**</b>	1
13. Y-BOCS (T)	<b>-.452**</b>	<b>-.583**</b>	<b>-.476**</b>	-.206	-.272	.313	.257	<b>.391*</b>	.315	<b>.438**</b>	<b>.900**</b>	<b>.881**</b>

\*p<.05; \*\*p<.01

De forma a melhor analisar a variável sintomatologia depressiva, criaram-se dois grupos: 1) sem sintomatologia depressiva (pontuações 0-20); e 2) com sintomatologia depressiva (pontuações >21). Verificou-se que 60,5% (n=23) não apresentam sintomatologia depressiva enquanto 39,5% (n=15) possuem sintomatologia depressiva (cf. Tabela 4).

**Tabela 4.** Distribuição da amostra com e sem sintomatologia depressiva

	Frequência	Porcentagem	Porcentagem válida
Sem sintomatologia depressiva	23	60,5	60,5
Com sintomatologia depressiva	15	39,5	39,5
Total	38	100	100

Do grupo que apresenta sintomatologia depressiva associada (n=15), constatou-se que 9 são mulheres e 6 são homens (cf. Tabela 5).

**Tabela 5.** Distribuição da amostra quanto ao sexo e aos grupos com e sem sintomatologia depressiva

		Sem sintomatologia depressiva	Com sintomatologia depressiva	Total
Sexo	Masculino	11	6	17
	Feminino	12	9	21
Total		23	15	38

No que se refere ao estudo das variáveis em relação ao sexo, os homens obtiveram pontuações mais elevadas relativamente à severidade dos sintomas obsessivos-compulsivos e nos Domínios da QdV. Nos quatro fatores do MOCI (Verificação, Lavagem, Lentidão/Repetição e Dúvida), as mulheres obtiveram pontuações mais elevadas. Porém, estas diferenças não são estatisticamente significativas (cf. Tabela 6).

**Tabela 6.** Estudo das variáveis em estudo em relação ao sexo.

	Sexo	N	Média	Mann-Whitney Test	p
<b>Y-BOCS (Obsessões)</b>	Masculino	17	19,74	174,500	.908
	Feminino	21	19,31		
<b>Y-BOCS (Compulsões)</b>	Masculino	17	20,68	158,500	.561
	Feminino	21	18,55		
<b>Y-BOCS (Total)</b>	Masculino	17	19,79	173,500	.885
	Feminino	21	19,26		
<b>MOCI (Verificação)</b>	Masculino	17	18,24	157,000	.542
	Feminino	21	20,52		
<b>MOCI (Lavagem)</b>	Masculino	17	17,59	146,000	.352
	Feminino	21	21,05		
<b>MOCI (Lentidão/Repetição)</b>	Masculino	17	18,88	168,000	.772
	Feminino	21	20,00		
<b>MOCI (Dúvida)</b>	Masculino	17	19,54	177,000	.977
	Feminino	21	19,43		
<b>D (Geral)</b>	Masculino	17	22,29	131,000	.170
	Feminino	21	17,24		
<b>D (Físico)</b>	Masculino	17	21,56	137,000	.232
	Feminino	21	17,83		
<b>D (Psicológico)</b>	Masculino	17	21,56	143,500	.308
	Feminino	21	17,83		
<b>D (Relações sociais)</b>	Masculino	17	20,44	162,500	.642
	Feminino	21	18,74		
<b>D (Meio ambiente)</b>	Masculino	17	22,06	135,00	.209
	Feminino	21	17,43		

Tal como esperado, os sujeitos com sintomatologia depressiva evidenciaram valores inferiores estatisticamente significativos nos domínios da QdV Geral ( $U=57,500$ ;  $p=.000$ ), Físico ( $U=64,500$ ;  $p=.001$ ), Psicológico ( $U=50,000$ ;  $p=.000$ ) e Relações sociais ( $U=87,500$ ;  $p=.010$  (cf. Tabela 7).



**Tabela 7.** Relação entre a QdV e a sintomatologia depressiva

	BDI Grupos	N	Média	Mann-Whitney Test	p
<b>D (Geral)</b>	Sem sintomatologia	23	24,50	57,500	<b>.000***</b>
	Com sintomatologia	15	11,83		
<b>D (Físico)</b>	Sem sintomatologia	23	24,20	64,500	<b>.001***</b>
	Com sintomatologia	15	12,30		
<b>D (Psicológico)</b>	Sem sintomatologia	23	24,83	50,000	<b>.000***</b>
	Com sintomatologia	15	11,33		
<b>D (Relações sociais)</b>	Sem sintomatologia	23	23,20	87,500	<b>.010**</b>
	Com sintomatologia	15	13,83		
<b>D (Meio ambiente)</b>	Sem sintomatologia	23	21,28	131,500	.224
	Com sintomatologia	15	16,77		

**\*\*p<.01; p≤.001**

Em relação à severidade da sintomatologia obsessivo-compulsiva, comprovou-se que o grupo com sintomatologia depressiva obteve diferenças estatisticamente significativas nas médias das Obsessões ( $U=87,500$ ;  $p=.010$ ). Relativamente às Compulsões e ao Total, também se verificaram diferenças nas médias no grupo com sintomatologia depressiva; contudo, estes valores não são estatisticamente significativos (cf. Tabela 8)

**Tabela 8.** Relação entre a severidade da POC e a sintomatologia depressiva

	BDI Grupos	N	Média	Mann-Whitney Test	P
<b>Y-BOCS (Obsessões)</b>	Sem sintomatologia	23	15,80	87,500	<b>.010**</b>
	Com sintomatologia	15	25,17		
<b>Y-BOCS (Compulsões)</b>	Sem sintomatologia	23	16,96	114,000	.083
	Com sintomatologia	15	23,40		
<b>Y-BOCS (Total)</b>	Sem sintomatologia	23	16,28	98,500	.026
	Com sintomatologia	15	24,43		

**\*\*p<.01**

Em relação aos *clusters* da POC (MOCI) relacionados com a sintomatologia depressiva, verificam-se diferenças estatisticamente significativas no fator Dúvida ( $U=64,500$ ;  $p=.001$ ). Os restantes fatores também obtiveram médias superiores no grupo com sintomatologia depressiva; contudo, as diferenças não eram estatisticamente significativas (cf. Tabela 9).

**Tabela 9.** Relação entre os *clusters* da POC e a sintomatologia depressiva

	BDI Grupos	N	Média	Mann-Whiney Test	P
<b>MOCI (Verificação)</b>	Sem sintomatologia	23	16,46	102,500	.035
	Com sintomatologia	15	24,17		
<b>MOCI (Lavagem)</b>	Sem sintomatologia	23	19,13	164,000	.813
	Com sintomatologia	15	20,07		
<b>MOCI (Lentidão/Repetição)</b>	Sem sintomatologia	23	17,11	117,500	.101
	Com sintomatologia	15	23,17		
<b>MOCI (Dúvida)</b>	Sem sintomatologia	23	14,80	64,500	<b>.001***</b>
	Com sintomatologia	15	26,70		

\*\*\*p≤.001

Através da análise da Tabela 10, constata-se que a idade de início da POC ocorre mais cedo nos homens, com uma média de 17,03, enquanto que nas mulheres tem um início mais tardio, com uma média de idade de 21,50. Porém, é de salientar que estas diferenças não são estatisticamente significativas.

**Tabela 10.** Distribuição da amostra quanto ao sexo e ao início da POC.

	Sexo	N	Média	Mann-Whitney Test	p
<b>Início da POC</b>	Masculino	17	17,03	136,500	.220
	Feminino	21	21,50		

## Discussão

Na análise das comparações entre o grupo clínico e a população geral, os resultados corroboram a literatura, que indica que a QdV em indivíduos com POC é afetada em todos os domínios, quando comparada à QdV na população em geral, mesmo quando são utilizados diferentes instrumentos (Rapaport et al., 2005 cit. por Torresan, Smaira, Ramos-Cerqueira & Torres, 2007; Bobes et al., 2001; Stengler-Wenzke et al., 2006; Eisen et al., 2006; Rodriguez-Salgado et al., 2006). Os nossos resultados comprovam a literatura já que, com exceção do Domínio Meio ambiente, todos os outros domínios são afetados.

Com o objetivo de avaliar a QdV na POC, verificou-se uma diminuição da QdV nos domínios Geral, Físico, Psicológico e Relações sociais. O Domínio Meio ambiente obteve diferenças; porém, não foram estatisticamente significativas. Estes resultados vão de acordo com o que foi referido anteriormente, ou seja, todos os domínios da QdV são afetados (Rapaport et al., 2005 cit. por Torresan, Smaira, Ramos-Cerqueira & Torres,

2007; Bobes et al., 2001; Stengler-Wenzke et al., 2006; Eisen et al., 2006; Rodriguez-Salgado et al., 2006).

No que respeita à idade do início da POC, a literatura refere que a manifestação desta patologia é mais precoce nos homens do que nas mulheres (Cordioli & Oliveira, 2010). Os nossos resultados estão de acordo com estes dados; contudo, as diferenças verificadas não são estatisticamente significativas. Este acontecimento pode ser explicado pelo fato da nossa amostra não ter o mesmo número de homens e mulheres e ser reduzida.

Estudos indicam que quanto maior for a severidade da sintomatologia obsessivo-compulsiva, maior será o impacto na QdV (Bobes et al., 2001; Moritz et al., 2005). Este dado vai ao encontro dos resultados obtidos na correlação entre a QdV e a severidade da POC, que refere que quanto maior a severidade da sintomatologia obsessivo-compulsiva, menor é a QdV. De fato, os doentes obsessivos-compulsivos passam grande parte do tempo com pensamentos obsessivos e com uma necessidade impulsiva de ritualizar, daí que existe um sofrimento marcado que afeta a QdV (Pocinho, n.d).

Verificou-se que os doentes que ocupam a maior parte do tempo com as lavagens, as lentificações e repetições, bem como a duvidarem mais, obtiveram uma diminuição da QdV. Estes dados podem ser explicados através do papel que as cognições têm na realização das compulsões, ou seja, a pessoa avalia a existência de um perigo que a conduz a um aumento de ansiedade e que, conseqüentemente, é iniciado o comportamento compulsivo. Esses comportamentos são considerados mais toleráveis que os sentimentos de culpa relacionados com os impulsos indesejados (Mc Fall & Wollersheim, 1979).

Ao analisarmos a relação entre a sintomatologia depressiva e a POC, podemos tirar algumas conclusões que vão ao encontro dos objetivos estipulados. Efetivamente, as mulheres têm mais prevalência de sintomas depressivos (Fleck et al., 2002; Noshirvani et al., 1991). Verificou-se neste estudo que a sintomatologia depressiva afeta de forma negativa os domínios da QdV contemplados no WHOQOL-Bref, com exceção do domínio Meio ambiente. Deste modo, os doentes deprimidos apresentam frequentemente queixas de sintomas físicos (somatização) (Roness, Mykletun & Dahl, 2005), humor depressivo, perda de interesse ou prazer, isolamento social e dificuldade de concentração (Cassin et al., 2009). Já se esperava que os doentes com sintomatologia depressiva pontuassem menos nos domínios da QdV do que os doentes sem sintomatologia depressiva, tendo em conta

que a Depressão medeia grande parte do impacto sobre os sintomas de POC (Storch et al., 2010).

Constata-se que a sintomatologia depressiva tem um grande impacto no funcionamento do indivíduo, aumentando a gravidade da sintomatologia obsessivo-compulsiva, bem como a dúvida patológica associada à doença. Estes dados podem ser explicados pelo fato dos pensamentos disfuncionais (obsessões) influenciarem de forma significativa o humor e o comportamento do indivíduo, traduzindo-se por exemplo em comportamentos compulsivos de verificação e limpeza (Neto & Baltieri, 2001; Eisen et al. 2006). Duvidar da veracidade da própria experiência e da qualidade da própria ação é uma característica importante desta doença, daí que as compulsões, além de reduzirem temporariamente o desconforto causado pelas obsessões, também levam à necessidade de certeza (Neto & Baltieri, 2001).

O presente estudo revela-se útil na medida em que aborda a QdV de indivíduos que têm uma perturbação mental. Os resultados vão ao encontro com a literatura internacional que corroboram uma clara interferência na vida dos doentes, nas relações sociais, no estado físico e psicológico e que desencadeia na maior parte das vezes outras sintomatologias associadas à POC, nomeadamente a sintomatologia depressiva.

Esta investigação foi propícia para o enriquecimento da instituição onde a desenvolvemos pois contribuiu para o conhecimento da relação entre a QdV e sintomatologia depressiva nos doentes com POC. Deste modo, as intervenções psicológicas para a POC, nomeadamente a terapia cognitivo-comportamental e a exposição com prevenção de resposta, poderão melhorar a severidade da sintomatologia obsessivo-compulsiva bem como a QdV (Cassin et al., 2002). É fundamental identificar as pessoas com sintomatologia depressiva para beneficiarem de terapia cognitiva numa fase inicial do tratamento, para reduzir os sintomas depressivos e aumentar a motivação e dedicação ao tratamento das obsessões e compulsões (Cassin et al., 2009). Neste âmbito, os clínicos necessitam de estar conscientes de que muitas pessoas que sofrem de obsessões e compulsões podem procurar tratamento por outras razões (e.g., ansiedade ou depressão).

É ainda importante referir que, por vezes, não é suficiente intervir apenas com os doentes com POC, existem casos que é necessário incluir a família ou outras pessoas significativas. De fato, os familiares dos doentes com POC experienciam sobrecargas pessoais consideráveis e é importante avaliar a dinâmica familiar quando se tratam estes

doentes (Nestadt et al., 2001). Assim, a avaliação do impacto na família e a inclusão da mesma no desenvolvimento de uma estratégia terapêutica poderá ser apropriado em algumas situações (Calvocoressi et al., 1999, cit. por Stein, 2002).

Como principais limitações, enumeram-se as questões metodológicas que justificam algum cuidado especial na interpretação dos resultados obtidos. As duas escalas que avaliam a sintomatologia obsessivo-compulsiva (Y-BOCS e MOCI) não se encontram aferidas para a população portuguesa, o que impossibilitou ter acesso aos dados normativos. Que seja do nosso conhecimento, não existem estudos em Portugal que cumpram os objetivos inicialmente propostos. Destacamos a escassa bibliografia existente sobre a QdV e sintomatologia depressiva em doentes com POC realizados em Portugal. A temática da QdV é muito estudada quer a nível nacional, quer a nível internacional; contudo, existem muito poucos estudos (quase inexistentes) em Portugal que abordem juntamente com a POC. Do mesmo modo, muitos estudos internacionais utilizam a escala Y-BOCS e não o MOCI, o que desencadeou uma dificuldade acrescida aquando da interpretação dos resultados. A escolha por estes dois instrumentos deve-se ao fato de fazerem parte do protocolo de avaliação da POC no HSJ e nos HUC.

Como sugestões para futuros estudos, propõe-se a replicação do presente estudo, avaliando outras variáveis que interferem com a QdV, nomeadamente a psicofarmacologia. Sabe-se que qualquer tipo de medicação tem efeitos secundários e o caso da POC não é exceção. Alguns sintomas como o tremor das mãos, boca seca ou ainda a sonolência, podem diminuir a QdV do doente, e pode não ser apenas e exclusivamente dos efeitos que a POC tem.

## Referências

- American Psychiatric Association (2002). *Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais - DSM-IV-TR* (4ª edição), Climepsi Editores.
- Angst, J., Gamma, A., Endrass, J., Goodwin, R., Ajdacic, V., Eich, D. & Rössler, W. (2004). Obsessive-compulsive severity spectrum in the community: prevalence, comorbidity, and course. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 254(3), 156-164.
- Anholt, G. E., Aderka, I. M., Balkom, A. J. L. M., Smit, J. H., Hermesh, H., Haan, E. & Oppen, P. (2011). The impact of depression on the treatment of obsessive-

- compulsive disorder: Results from a 5-year follow-up. *Journal of Affective Disorders*, 135, 201-207. doi: 10.1016/j.jad.2011.07.018
- Black, D. W., Noyes, R., Goldstein, R. B. & Blum, N. (1992). A family study of obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 49(5), 362-368.
- Bobes, J., González, M. P., Bascarán, M. T., Arango, C., Sáiz, P. A. & Bousoño, M. (2001). Quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder. *European Psychiatry*, 16, 239-245.
- Bogetto, F., Venturello, S., Albert, U., Maina, G. & Ravizza, L. (1999). Gender-related clinical differences in obsessive-compulsive disorder. *The European Journal of Psychiatry*, 14, 434-441.
- Cassin, S. E., Richter, M. A., Zhang, K. A. & Rector, N. A. (2009). Quality of Life in Treatment-Seeking Patients With Obsessive-Compulsive Disorder With and Without Major Depressive Disorder. *Canadian Journal of Psychiatry*, 7, 460-467.
- Cavedo, L.C. & Parker, G. (1994). Parental bonding instrument. Exploring for links between scores and obsessionality. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 29(2), 78-82.
- Chen, Y. W. & Dilsaver, S. C. (1995). Comorbidity for obsessive-compulsive disorder in bipolar and unipolar disorders. *Psychiatry Research*, 59(1-2), 57-64.
- Cordioli, A. V. & Oliveira, R. R. (2010). Transtorno Obsessivo – Compulsivo: Epidemiologia. *Associação Gaúcha de Transtorno Obsessivo-Compulsivo*. Retirado de: <http://www.ufrgs.br/toc/prof12.htm>
- Demal, U., Lenz, G., Mayrhofer, A., Zapotoczky, H. G. & Zitterl, W. (1993). Obsessive-compulsive disorder and depression. A retrospective study on course and interaction. *Psychopathol*, 26(3-4), 145-150.
- Eisen, J. L., Mancebo, M. A., Pinto, A., Coles, M. E., Pagano, M. E., Stout, R. & Rasmussen, S. A. (2006). Impact of obsessive-compulsive disorder on quality of life. *Comprehensive Psychiatry*, 47, 270-275.  
doi:10.1016/j.comppsy.2005.11.006
- Fisher, J. E. & O'Donohue, W. T. (2006). *Practitioner's Guide to Evidence-Based Psychotherapy*. New York: Springer Science.

- Foa, E. B., Kozak, M. J., Goodman, W. K., Hollander, E., Jenike, M., & Rasmussen, S. (1995). DSM-IV field trial: Obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 152, 90-94.
- Fontenelle, I. S., Fontenelle, L. F., Borges, M. C., Prazeres, A. M., Rangé, B. P., Mendlowicz, M. V. & Versiani, M. (2010). Quality of life symptom dimensions of patients with obsessive-compulsive disorder. *Psychiatry Research*, 179, 198-203. doi: 10.1016/j.psychres.2009.04.005
- Gameiro, S., Carona, C., Pereira, M., Canavarro, M. C., Simões, M., Rijo, D., Quartilho, M. J., Paredes, J. & Vaz Serra, A. (2008). Sintomatologia depressiva e qualidade de vida na população geral. *Pisocologia, Saúde & Doenças*, 9(1), 103-112.
- Grabill, K., Merlo, L., Duke, D., Harford, K-L., Keeley, M. L., Geffken, G. R. & Storch, E. A. (2008). Assesment of obsessive-compulsive disorder: A review. *Journal of Anxiety Disorders*, 22, 1-17. doi:10.1016/j.janxdis.2007.01.012.
- Grant, J. E., Mancebo, M. C., Pinto, A., Williams, K. A., Eisen, J. L. & Rasmussen, S. A. (2007). Late-onset obsessive compulsive disorder: Clinical characteristics and psychiatric comorbidity. *Psychiatry Research*, 152, 21-27. doi:10.1016/j.psychres.2006.09.015
- Greenberg, W. (2009). *Obsessive-Compulsive Disorder*. Retirado de: <http://www.emedicine.com/med/topic1654.htm>.
- Goodman, W. K., Proce, L. H., Rasmussen, S. A., Mazure, C., Fleischmann, R., Hill, C. L., Heninger, G. R. & Charney, D. S. (1989). The Yale-Brown obsessive compulsive scale I: development, use and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Hollander, E., Kwon, J. H., Stein, D. J., Broatch, J., Rowland, C. T. & Himelein, C. A. (1996). Obsessive-compulsive and spectrum disorders: overview and quality of life issues. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57(8), 3-6.
- Hou, S. Y., Yen, C. F., Huang, M. F., Wang, P. W. & Yeh, Y. C. (2010). Quality of Life and its Correlates in Patients with Obsessive-Compulsive Disorder. *The Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 26(8), 397-406.
- Hudgson, R. J. & Rachman, S. (1977). Obsessional-compulsive complaints. *Behavior Research and Therapy*, 15, 389-395.

- Kessler, R. C., Berglund, P., Demler, O., Jin, R., Merikangas, K. R., Walters, E. E. (2005). Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the national comorbidity survey replication. *Archives of General Psychiatry*, 62(6),593-602.
- Koran, L. M., Thienenmann, M. L. & Davenport, R. (1996). Quality of life for patients with obsessive-compulsive disorder. *American Journal of Psychiatry*, 153(6),783-788.
- Koran, L. M., Bromberg, D., Hornfeldt, C. S., Shepski, J. C., Wang, S. & Hollander, E. (2010). Extended-release fluvoxamine and improvements in quality of life in patients with obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 51, 373-379.
- Lacerda, A., Dalgalarrrondo, P. & Camargo, E. (2001). Achados de neuroimagem no transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(Supl I), 24-27.
- Lensi, P., Cassano, G. B., Correddu, G., Ravagli, S., Kunovac, J. L., Akiskal, H. S. (1996). Obsessive-compulsive disorder. Familial-developmental history, symptomatology, comorbidity and course with special reference to gender-related differences. *The British Journal of Psychiatry*, 169(1),101-107.
- Lochner, C., Toit, P. L., Zungu-Dirwayi, N., Marais, A., Kradenburg, J., Seedat, S., Niehaus, D. J. & Stein, D. J. (2002) Childhood trauma in obsessive-compulsive disorder, trichotillomania, and controls. *Depression and Anxiety*, 15,66–68.
- Macedo, A. & Pocinho, F. (2007). *Obsessões e Compulsões: as múltiplas faces de uma doença*. 2ª Ed. Coimbra. Quarteto Editora.
- Maia, D. (2007). Psicopatologia das perturbações obsessivo-compulsivas. *Hospital de Magalhães Lemos*, Porto.
- Mancebo, M. C., Benjamin Greenberg, B., Grantc, J. E., Pinto, A., Eisen, J. L., Dyck, I. & Rasmussen, S. A. . Correlates of occupational disability in a clinical sample of obsessive-compulsive disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 49, 43–50.  
doi:10.1016/j.comppsy.2007.05.016
- Mc Fall, M. E. & Wollersheim, J. P. (1979). Obsessive-compulsive neurosis: A cognitive-behavioral formulation and approach to treatment. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 333–348.



- Millet, B., Kochman, F., Gallarda, T., Krebs, M. O., Demonfaucon, F., Barrot, I., Bourdel, M. C., Olié, J. P., Loo, H. & Hantouche, E.G. (2004). Phenomenological and comorbid features associated in obsessive-compulsive disorder: influence of age of onset. *Journal of Affective Disorders*, 79(1-3), 241-246.
- Moritz, S. (2008). A Review on Quality of Life and Depression in Obsessive-Compulsive Disorder. *CNS Spectrum*, 13:9(14), 16-22. Retirado de [http://ukeboard.de/kliniken/psychiatrie/downloads/klinik-psychiatrie-psychotherapie/cns\\_spectrums\\_Suppl\\_Moritz.pdf](http://ukeboard.de/kliniken/psychiatrie/downloads/klinik-psychiatrie-psychotherapie/cns_spectrums_Suppl_Moritz.pdf)
- Moritz, S., Rufer, M., Fricke, S., Karow, A., Morfeld, M., Jelinek, L. & Jacobsen, D. (2005). Quality of life in obsessive-compulsive disorder before and after treatment. *Comprehensive Psychiatry*, 46, 453-459. doi:10.1016/j.comppsy.2005.04.002
- Masellis, M., Rector, N. A. & Richter, M. A. (2003). Quality of Life in OCD: Differential Impact of Obsessions, Compulsions, and Depression Comorbidity. *Canadian Journal of Psychiatry*, 48(2), 72-77.
- Najmi, S., & Amir, N. (2010). The Effect of Attention Training on a Behavioral Test of Contamination Fears in Individuals With Subclinical Obsessive-Compulsive Symptoms. *Journal of Abnormal Psychology*, 119(1), 136-142.
- Nestadt, G., Samuels, J., Riddle, M. A., Liang, K. Y., Bienvenu, O. J., Hoehn-Saric, R., Grados, M. & Cullen, B. (2001). The relationship between obsessive-compulsive disorder and anxiety and affective disorders: results from the Johns Hopkins OCD Family Study. *Psychological Medicine*, 31, 481-487. doi:10.1017/S0033291701003579
- Neto, F. L. & Baltieri, M. A. (2001). Processos cognitivos e seu tratamento no transtorno obsessivo – compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(Supl. II), 46-48.
- Niederauer, K. G., Braga, D. T., Souza, F. P., Meyer, E. & Cordioli, A. V. (2007). Qualidade de vida em indivíduos com transtornos obsessivo-compulsivo: revisão de literatura. *Revista Brasileira de Psiquiatria*. Retirado de <http://www.scielo.br/pdf/rbp/v29n3/2430.pdf>
- Noshirvani, H. F., Kasvikis, Y., Marks, I. M., Tsakiris, F. & Monteiro, W. O. (1991). Gender-divergent aetiological factors in obsessive-compulsive disorder. *The British Journal of Psychiatry*, 158, 260-263.

- Organização Mundial de Saúde (1993). *The 10th revision of the International Classification of Diseases. Chapter V (F): Mental and behavioral disorders*. Huber, Göttingen.
- Pais Ribeiro, J. L. (2007). *Avaliação em psicologia da saúde: Instrumentos publicados em português*. Coimbra: Quarteto.
- Perugi, G., Akiskal, H. S., Pfanner, C., Presta, S., Gemignani, A., Milanfranchi, A., Lensi, P., Ravagli, S. & Cassano, G. B. (1997). The clinical impact of bipolar and unipolar affective comorbidity on obsessive–compulsive disorder. *Journal of Affective Disorders*, 46(1), 15-23. doi: 10.1016/S0165-0327(97)00075-X.
- Pocinho, F. E. (n.d.). *O que é uma Neurose Obsessivo-Compulsiva*. Retirado de <https://woc.uc.pt/fpce/getFile.do?tipo=2&id=2269>.
- Rasmussen, S. A., & Eisen, J. L. (1992). The epidemiology and clinical features of obsessive–compulsive disorder. *Psychiatric Clinics of North America*, 15, 743–758.
- Rodriguez-Salgado, B., Dolengevich-Segal, H., Arrojo-Romero, M., Castelli-Candia, P., Navio-Acosta, M., Perez-Rodriguez, M. P., Saiz-Ruiz, J. & Baca-Garcia, E. (2006). Perceived quality of life in obsessive-compulsive disorder: related factors. *BMC Psychiatry*, 6(20), 1-7. doi: 10.1186/1471-244X-6-20
- Roness, A., Mykletun, A. & Dahl, A. A. (2005). Help-seeking behavior in patients with anxiety disorders and depression. *American Journal of Psychiatry*, 111, 51-58.
- Rosario-Campos, M. & Mercadante, M. (2000). Transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(Supl II), 16-19.
- Sasson, Y., Zohar, J., Chopra, M., Lustig, M., Iancu, I. & Hendler, T. (1997). Epidemiology of obsessive-compulsive disorder: a world view. *Journal of Clinical Psychiatry*, 58 (Suppl 12), 7-10.
- Seabra, J. M. (2010). Comorbilidade entre a Perturbação Obsessivo-Compulsiva e a Depressão Major. 1-15. Retirado de <http://www.psicologia.pt/artigos/textos/A0546.pdf>
- Stein, D. J. (2002). Obsessive-compulsive disorder. *The Lancet*, 360, 397-405.
- Stengler-Wenzke, K., Kroll, M., Matschinger, H. & Angermeyer, M. C. (2006). Subjective quality of life of patients with obsessive-compulsive disorder. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41, 662-668. doi: 0.1007/s00127-006-0077-8

- Storch, E. A., Lewin, A. B., Farrell, L., Aldea, M. A., Reid, J., Geffken, G. R. & Murphy, T. K. (2010). Does cognitive-behavioral therapy response among adults with obsessive-compulsive disorder differ as a function of certain comorbidities? *Journal of Anxiety Disorders*, 24(6), 547-552.
- Torres, A. R. & Smaira, S. I. (2001). Quadro clínico do transtorno obsessivo-compulsivo. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 23(2), 6-9.
- Torresan, R. C., Smaira, S. I., Ramos-Cerqueira, A. T. B. & Torres, A. R. (2007). Qualidade de vida no transtorno obsessivo-compulsivo: uma revisão. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(1), 13-19.
- Trzepacz, P. & Baker, R. (2001). *Exame psiquiátrico do estado mental*. (V. Ramos & R. Albuquerque, Trad.) Lisboa: Climepsi Editores. (Obra original publicada em 2003).
- Valleni-Basile, L. A., Garrison, C. Z., Jackson, K. L., Waller, J. L., McKeown, R. E., Addy, C. L. & Cuffe, S. P. (1994) Frequency of obsessive-compulsive disorder in a community sample of young adolescents. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 33(6), 782-791.
- Vasconcelos, M. S., Sampaio, A. S., Hounie, A. G., Akkerman, F., Curi, M., Lopes, A. C. & Miguel, E. C. (2007) Prenatal, perinatal, and postnatal risk factors in obsessive-compulsive disorder. *Biological Psychiatry*, 61, 301–307.
- Vaz Serra, A. (2001). Prefácio. In Macedo, A. & Pocinho, F., *Obsessões e Compulsões: as múltiplas faces de uma doença* (pp. 9-12). Coimbra: Quarteto Editora.
- Vaz Serra, A. & Abreu, J. (1973a). Aferição dos quadros clínicos depressivos. I - Ensaio de aplicação do Inventário Depressivo de Beck a uma amostra de doentes deprimidos. *Coimbra Médica*, 20, 623-644.
- Vaz Serra, A., & Pio Abreu, J. L. (1973b). Aferição dos quadros clínicos depressivos. II - Estudo preliminar de novos agrupamentos sintomatológicos para complemento do “Inventário Depressivo de Beck”. *Coimbra Médica*, 20, 713-736.
- Vaz Serra, A., Canavarro, M. C., Simões, M. R., Pereira, M., Gameiro, S., Quartilho, M. J., Rijo, D., Carona, C. & Paredes, T. (2006). Estudos Psicométricos do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27(1), 41-49.

## **Anexos**

## Anexo 1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

MESTRADO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E DA SAÚDE  
Universidade de Aveiro

---

Investigadora: Adriana Quintal Vieira da Luz (adrianaluz@ua.pt;)

Orientadora do estudo: Professora Sara Otilia Marques Monteiro (smonteiro@ua.pt  
Universidade de Aveiro)

Chamo-me **Adriana Quintal Vieira da Luz**, encontro-me a frequentar o Mestrado em Psicologia Clínica e da Saúde na Universidade de Aveiro e estou a desenvolver, sob a coordenação da Professora Sara Otilia Marques Monteiro, um estudo sobre a **Qualidade de Vida e Sintomatologia Depressiva na Perturbação Obsessivo-Compulsiva** (aprovada pela Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de São João, EPE).

O objetivo deste estudo é avaliar a qualidade de vida e a depressão em doentes com Perturbação Obsessivo-Compulsiva. Neste sentido, precisamos que responda a quatro questionários: *Maudsley Obsessional-Compulsive Inventory* e *Yale Brown Obsessive-Compulsive Scale* para avaliar a sintomatologia obsessivo-compulsiva; Inventário Depressivo de Beck para avaliar a sintomatologia depressiva; e *World Health Organization Quality of Life* para avaliar a qualidade de vida, que demora cerca de 20 minutos a ser preenchido. Além destes questionários, precisamos também que responda a um outro questionário sócio-demográfico (idade, sexo, profissão, ...).

Nenhuma informação que o identifique será incluída no estudo, qualquer eventual referência será substituída por códigos. A confidencialidade e privacidade dos seus dados serão mantidas. Colaborar neste estudo não é prejudicial para a sua saúde e a sua decisão de participar ou não participar não terá qualquer impacto no seu tratamento clínico presente ou futuro. A sua participação não terá qualquer custo para si. Se decidir participar, pode mesmo assim retirar o seu consentimento ou interromper a sua participação em qualquer altura. É livre de não responder a qualquer pergunta, continuando as restantes a serem importantes.

Qualquer dúvida ou questão pode ser colocada à investigadora ou à orientadora do estudo.

Eu, \_\_\_\_\_, **fui esclarecido(a)** sobre o Estudo: “Qualidade de Vida e Depressão em doentes com Perturbação Obsessivo-Compulsiva”, **concordo de livre vontade em participar e declaro não ter participado em nenhum outro projeto de investigação durante a consulta de ambulatório, autorizando que os meus dados sejam utilizados na realização do mesmo.**

Porto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

Assinatura da investigadora: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

**Anexo 2.** Questionário Sociodemográfico (informação adicional)

**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO (INFORMAÇÃO ADICIONAL)**

<b>Situação Laboral</b>		_____
1.	Estudante	
2.	Desempregado	
3.	Trabalho tempo inteiro	
4.	Trabalho tempo parcial	
5.	Baixa / Reforma por doença médica	
6.	Baixa por doença psíquica	
7.	Reforma por doença psíquica	
8.	Reforma por idade	

<b>Profissão</b>		_____
1.	Trabalhos domésticos	
2.	Profissional liberal	
3.	Empresário	
4.	Funcionário Público	
5.	Operário - trabalho especializado	
6.	Operário - trabalho não especializado	
7.	Estudante	
8.	Outros	

**HISTÓRIA DA PERTURBAÇÃO OBSESSIVO-COMPULSIVA**

<b>Início antes dos 14 anos?</b>		_____
1.	Sim	
2.	Não	

<b>Idade dos primeiros sintomas obsessivos</b>	_____
--	-------

### Anexo 3. Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)

*Psicologia Médica Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra*

---

#### **YALE-BROWN OBSESSIVE-COMPULSIVE SCALE (9/89) 1**

#### **Y-BOCS**

*( Versão Experimental - A. Macedo, F. Pocinho, J. Relvas & M.H. Azevedo, 1999 )*

---

**“Agora, vou colocar-lhe algumas questões acerca dos seus pensamentos obsessivos”** *[Faça referência específica às obsessões-alvo do(a) doente].*

#### **1. TEMPO OCUPADO PELOS PENSAMENTOS OBSESSIVOS**

**Quanto do seu tempo é ocupado por pensamentos obsessivos?** *[Quando as obsessões ocorrem como breves intrusões intermitentes, pode ser difícil avaliar o tempo que ocupam, em termos de total de horas. Nestes casos, estime o tempo determinando com que frequência estes ocorrem. Considere o número de vezes que as intrusões ocorrem e, quantas horas do dia são afectadas. Pergunte:] Com que frequência ocorrem os pensamentos obsessivos?* *[Certifique-se de que exclui as ruminações e as preocupações que, ao contrário das obsessões, são ego-sintónicas e racionais (embora exageradas).]*

0 = Nenhum

1 = Ligeiro, menos de 1 hora/dia ou intrusão ocasional

2 = Moderado, 1 a 3 horas/dia ou intrusões frequentes

3 = Grave, mais do que 3 horas e até 8 horas/dia ou intrusões muito frequentes

4 = Extremo, mais do que 8 horas/dia ou intrusão quase constante.

#### **2. INTERFERÊNCIA PELOS PENSAMENTOS OBSESSIVOS**

**Em que medida é que os seus pensamentos obsessivos interferem com o seu funcionamento social ou profissional (ou papel)? Há alguma coisa que não faça por causa deles?** *[se actualmente não estiver empregado, determine quanto o seu desempenho seria afectado se estivesse a trabalhar.]*

0 = Nenhuma.

1 = Ligeira, interferência mínima nas actividades sociais ou ocupacionais, embora o desempenho global não esteja incapacitado.

2 = Moderada, interferência clara, no desempenho social ou ocupacional, porém suportável ou manejável.

3 = Grave, causa incapacidade substancial no desempenho social ou ocupacional.

4 = Extrema, incapacitante.

#### **3. ANGÚSTIA ASSOCIADA AOS PENSAMENTOS OBSESSIVOS**

**Que grau de angústia (mal-estar) lhe causam os seus pensamentos obsessivos?** *[Na maioria dos casos, o mal-estar é equacionado com ansiedade; no entanto, os doentes podem referir que as suas obsessões são “perturbadoras”, mas negam “ansiedade”. Cote apenas a ansiedade que parece ser desencadeada pelas obsessões, não a ansiedade generalizada ou, associada a outras condições.]*

0 = Nenhuma.

1 = Ligeira, não demasiado perturbadora.

2 = Moderada, perturbadora, mas susceptível de ser manejável.

3 = Grave, muito perturbadora.

4 = Extrema, quase constante e incapacitante.

#### 4. RESISTÊNCIA ÀS OBSESSÕES

**Que grau de esforço faz para resistir aos pensamentos obsessivos? Com que frequência tenta desviar a atenção desses pensamentos ou, não lhes ligar, à medida que lhe vêm à cabeça?**

*[Cote apenas o esforço que é feito para resistir às obsessões, não o sucesso ou insucesso para de facto as controlar. O quanto o(a) doente consegue resistir às obsessões pode ou não correlacionar-se com a capacidade que ele/ela tem para as controlar. Note que este item não mede directamente a gravidade dos pensamentos intrusivos, antes cota uma manifestação de saúde, i.e., o esforço que o(a) doente faz para contrariar as suas obsessões por outros meios, na vez do evitamento ou da realização das compulsões. Assim, quanto mais o(a) doente tenta resistir-lhes, menos prejudicado está este aspecto do seu próprio funcionamento. Existem formas de resistência “activas” e “passivas”. Os doentes submetidos à terapia comportamental podem ser encorajados a contrariar os seus sintomas obsessivos, não lutando contra eles (e.g., “deixe vir os seus pensamentos”; oposição passiva) ou ainda, chamando intencionalmente os pensamentos perturbadores. Para os propósitos deste item, considere essas formas de técnicas comportamentais como formas de resistência. Se as obsessões são mínimas, o(a) doente pode não sentir a necessidade de lhes resistir. Nesses casos, deve ser dada uma cotação de “0”.]*

0 = Faz um esforço para resistir sempre ou, os sintomas são tão reduzidos que não necessitam de uma resistência activa.

1 = Tenta resistir a maior parte do tempo.

2 = Faz algum esforço para resistir.

3 = Cede a todas as obsessões, sem tentar controlá-las mas, fá-lo com alguma relutância.

4 = Cede completa e voluntariamente a todas as obsessões.

#### 5. GRAU DE CONTROLO SOBRE OS PENSAMENTOS OBSESSIVOS

**Que grau de controlo tem sobre os seus pensamentos obsessivos? Até que ponto consegue parar ou abstrair-se do seu pensamento obsessivo? Consegue livrar-se das obsessões?** *[Em contraste com o item anterior sobre resistência, a capacidade do(a) doente para controlar as suas obsessões, está mais intimamente relacionada com a gravidade dos pensamentos intrusivos.]*

0 = Controlo completo.

1 = Bastante controlo, habitualmente consegue parar as obsessões ou abstrair-se delas, com algum esforço e concentração.

2 = Controlo moderado, por vezes consegue parar ou abstrair-se das obsessões.

3 = Pouco controlo, raramente tem sucesso em parar ou eliminar as obsessões, apenas pode abstrair a sua atenção, com dificuldade.

4 = Sem controlo, experiencia-as de modo completamente involuntário, raramente tem a capacidade para alterar o pensamento obsessivo, mesmo que momentaneamente.



**“As próximas perguntas são acerca dos seus comportamentos compulsivos.”** *[Faça uma referência específica às compulsões alvo, do(a) doente.]*

## **6. TEMPO OCUPADO NA EXECUÇÃO DOS COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS**

**Quanto tempo ocupa na execução de comportamentos compulsivos?** *[Quando os rituais estiverem presentes de forma predominante, envolvendo actividades do dia-a-dia, pergunte:]* **Por causa dos seus rituais, quanto mais tempo precisa de dispendar, em relação à maioria das pessoas, para completar as actividades de rotina?** *[Quando as compulsões ocorrem como comportamentos breves e intermitentes, pode ser difícil avaliar o tempo gasto na sua execução, em termos de total de horas. Nesses casos, estime o tempo determinando com que frequência são desempenhados. Considere tanto o número de vezes que as compulsões são executadas, bem como o número de horas do dia afectadas. Conte as ocorrências separadas de comportamentos compulsivos e não o número de repetições; e.g., um(a) doente que vai à casa de banho 20 vezes por dia, em diferentes ocasiões, para lavar rapidamente as mãos 5 vezes, executa 20 compulsões por dia, não 5 ou  $5 \times 20 = 100$ . Pergunte:]* **Com que frequência executa compulsões?** *[Na maioria dos casos, as compulsões são comportamentos observáveis (e.g., lavagem das mãos), mas por vezes, algumas compulsões são encobertas (e.g., verificação silenciosa/mental).]*

0 = Nenhum.

1 = Ligeiro, (gasta menos de 1h/dia executando compulsões), ou execução ocasional de comportamentos compulsivos.

2 = Moderado, (gasta 1 a 3 hrs/dia, executando compulsões) ou execução frequente de comportamentos compulsivos.

3 = Grave, (gasta mais de 3 e até 8 hrs/dia, executando compulsões) ou execução muito frequente de comportamentos compulsivos.

4 = Extremo, (gasta mais de 8 hrs/dia, executando compulsões) ou execução quase constante de comportamentos compulsivos (demasiado numerosas para serem contadas).

## **7. INTERFERÊNCIA PELOS COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS**

**Até que ponto os seus comportamentos compulsivos interferem com o seu funcionamento social ou profissional (ou papel)? Há alguma coisa que não faça por causa deles?** *[se actualmente não estiver empregado, determine quanto o seu desempenho seria afectado se estivesse a trabalhar.]*

0 = Nenhuma.

1 = Ligeira, interferência mínima nas actividades sociais ou ocupacionais, embora o desempenho global não esteja incapacitado.

2 = Moderada, interferência clara, no desempenho social ou ocupacional, porém suportável ou manejável.

3 = Grave, causa incapacidade substancial no desempenho social ou ocupacional .

4 = Extrema, incapacitante.

## **8. ANGÚSTIA ASSOCIADA AOS COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS**

**De que modo se sentiria se fosse impedido de executar as suas compulsões?** *[Pausa]* **Que grau de ansiedade sentiria?** *[Cote o grau de mal-estar que o(a) doente experienciaria se a execução da compulsão fosse subitamente interrompida, sem ser oferecida qualquer tranquilização. Na maioria dos casos, embora não em todos, a execução das compulsões reduz a ansiedade. Se no julgamento do entrevistador, a ansiedade for reduzida pela prevenção das compulsões, do modo atrás*

*descrito, então pergunte:]* **Que grau de ansiedade sente enquanto executa as compulsões, até ficar satisfeito por estarem terminadas?**

0 = Nenhuma.

1 = Ligeira, apenas ansiedade mínima, se as compulsões forem prevenidas, ou apenas ansiedade mínima, durante a execução das compulsões.

2 = Moderada, refere que a ansiedade aumentaria se as compulsões fossem prevenidas, mas seria suportável, ou que a ansiedade aumenta durante a execução das compulsões, mas também é suportável.

3 = Grave, aumento proeminente e muito perturbador de ansiedade, se as compulsões forem interrompidas, ou aumento proeminente e muito perturbador de ansiedade, durante a execução das compulsões.

4 = Extrema, ansiedade incapacitante resultante de qualquer intervenção que vise modificar a actividade, ou ansiedade incapacitante gerada durante a execução das compulsões.

## **9. RESISTÊNCIA ÀS COMPULSÕES**

**Que grau de esforço faz para resistir às compulsões?** [*Cote apenas o esforço para resistir, não o sucesso ou insucesso para de facto controlar as compulsões. O quanto o(a) doente consegue resistir às compulsões pode ou não correlacionar-se com a capacidade que ele/ela tem para as controlar. Note que este item não mede directamente a gravidade das compulsões, antes cota uma manifestação de saúde, i.e., o esforço que o(a) doente faz para contrariar as compulsões. Assim, quanto mais o(a) doente tenta resistir, menos prejudicado está este aspecto do seu funcionamento. Se as compulsões são mínimas, o(a) doente pode não sentir a necessidade de lhes resistir. Nesses casos, deve ser atribuída uma cotação de “0”.*]

0 = Faz um esforço para resistir sempre ou, os sintomas são tão reduzidos que não necessitam de resistência activa.

1 = Tenta resistir a maior parte do tempo.

2 = Faz algum esforço para resistir.

3 = Cede à maioria das compulsões, sem tentar controlá-las, mas fá-lo com alguma relutância.

4 = Cede completa e voluntariamente a todas as compulsões.

## **10. GRAU DE CONTROLO SOBRE OS COMPORTAMENTOS COMPULSIVOS**

**Que força tem o impulso para executar o comportamento compulsivo?** [Pausa] **Que grau de controlo tem sobre as compulsões?** [*Em contraste com o item anterior sobre resistência, a capacidade do(a) doente para controlar as suas compulsões, está mais intimamente relacionada com a gravidade das compulsões.*]

0 = Controlo completo.

1 = Bastante controlo, experiencia pressão para executar o comportamento, mas habitualmente consegue exercer um controlo voluntário sobre ele.

2 = Controlo moderado, experiencia uma forte pressão para executar o comportamento, apenas consegue controlá-lo com dificuldade.

3 = Pouco controlo, experiencia uma pressão muito forte para executar o comportamento, tem de ser levado até ao fim, apenas pode ser adiado com dificuldade.

4 = Sem controlo, o impulso para executar o comportamento é experienciado como completamente involuntário e irresistível, raramente tem a capacidade para adiar a actividade, mesmo que momentaneamente.

## Anexo 4. Inventário Obsessivo-Compulsivo do Maudsley (MOCI)

Consulta de Stress  
Serviço de Psiquiatria  
Hospitais da Universidade de Coimbra

### INVENTÁRIO OBSESSIVO-COMPULSIVO DO MAUDSLEY

Versão Portuguesa, 2011

Tradução e adaptação de Fernando Pocinho, António Macedo, Maria H. Azevedo e João Relvas

Nome \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Idade \_\_\_\_ anos Sexo **M** ☐ Sexo **F** ☐ Estado Civil \_\_\_\_\_  
Habilitações \_\_\_\_\_ Profissão \_\_\_\_\_

**V** ☐☐ **L** ☐☐ **LO/R** ☐☐ **D/C** ☐☐ **Total** ☐☐

#### Instruções

Por favor, responda a cada questão colocando um círculo à volta de **V** (VERDADEIRO) ou de **F** (FALSO), colocado a seguir a cada uma das afirmações. Não há respostas certas ou erradas. Responda de forma rápida e honesta, sem pensar demasiado sobre o significado exacto da questão.

	VERDADEIRO	FALSO
1. Evito usar telefones públicos por causa de possível contaminação (ex. medo de contágio e de doenças, sujidade, etc.).	<b>V</b>	<b>F</b>
2. Tenho frequentemente pensamentos tolos e sinto dificuldade em livrar-me deles.	<b>V</b>	<b>F</b>
3. Preocupo-me mais que a maioria das pessoas com a honestidade.	<b>V</b>	<b>F</b>
4. É frequente atrasar-me por não conseguir despachar-me de todas as coisas a tempo.	<b>V</b>	<b>F</b>
5. Não me preocupo muito com a contaminação se tocar num animal.	<b>V</b>	<b>F</b>
6. Tenho frequentemente de verificar várias vezes as coisas (ex. as torneiras do gás ou da água, as portas, os interruptores da luz, etc.).	<b>V</b>	<b>F</b>
7. Tenho uma consciência muito rígida.	<b>V</b>	<b>F</b>
8. Acho que quase todos os dias sou incomodado(a) por pensamentos desagradáveis que me vêm à cabeça contra a minha vontade.	<b>V</b>	<b>F</b>
9. Não me preocupo excessivamente se, por acaso, toco em alguém.	<b>V</b>	<b>F</b>

	VERDADEIRO	FALSO
10. Normalmente tenho sérias dúvidas sobre as coisas simples do dia a dia que faço.	V	F
11. Nenhum dos meus pais foi muito rígido durante a minha infância.	V	F
12. Tenho tendência a atrasar-me no meu trabalho por repetir as coisas várias vezes.	V	F
13. Gasto somente uma quantidade normal de sabão.	V	F
14. Alguns números são muito azarentos.	V	F
15. Não verifico as cartas muitas vezes antes de as colocar no correio.	V	F
16. Não levo muito tempo a vestir-me de manhã.	V	F
17. Não me preocupo demasiado com a limpeza (ex. lixo, coisas sujas, micróbios, etc.).	V	F
18. Um dos meus maiores problemas é dar demasiada atenção a pormenores sem importância.	V	F
19. Utilizo retretes limpas sem qualquer hesitação.	V	F
20. O meu maior problema é ter que verificar repetidamente.	V	F
21. Não me preocupo excessivamente com micróbios e doenças.	V	F
22. Não tenho tendência a verificar as coisas mais do que uma vez.	V	F
23. Não me agarro a uma rotina muito rígida quando faço as tarefas habituais. (ex. fazer as coisas numa certa ordem ou de um modo especial, etc.).	V	F
24. Não sinto as mãos sujas depois de tocar em dinheiro.	V	F
25. Normalmente não faço contagens quando realizo uma tarefa rotineira.	V	F
26. Demoro bastante tempo a completar a minha higiene de manhã.	V	F
27. Não uso uma grande quantidade de desinfectantes.	V	F
28. Gasto todos os dias muito tempo a verificar as coisas repetidamente.	V	F
29. Pendurar e dobrar a minha roupa à noite não me leva muito tempo.	V	F
30. Mesmo quando faço alguma coisa com muito cuidado, muitas vezes sinto que não está suficientemente bem feita.	V	F

Por favor, certifique-se de que respondeu a todas as questões

## Anexo 5. World Health Organizations Quality of Life (WHOQOL-Bref)

# WHOQOL-BREF



ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE



FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenador: Prof. Doutor Adriano Vaz Serra (adrianovs@netvisao.pt)



FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO DA UNIVERSIDADE DE COIMBRA

Coordenadora: Prof. Doutora Maria Cristina Canavarro (mccanavarro@fpce.uc.pt)

	Equações para calcular a pontuação dos domínios	Resultados	Resultados transformados	
			4-20	0-100
Domínio 1	$(6-Q3) + (6-Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 2	$Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6-Q26)$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 3	$Q20 + Q21 + Q22$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			
Domínio 4	$Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25$ <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/>			

**DADOS PESSOAIS****A1 Idade**  anos**A2 Data de Nascimento** \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_**A3 Sexo**  Masculino  
 Feminino**A4 Escolaridade**

Não sabe ler nem escrever	<input type="text"/>
Sabe ler e/ou escrever	<input type="text"/>
1º-4º anos	<input type="text"/>
5º-6º anos	<input type="text"/>
7º-9º anos	<input type="text"/>
10º-12º anos	<input type="text"/>
Estudos Universitários	<input type="text"/>
Formação pós-graduada	<input type="text"/>

**A5 Profissão** **A6.1 Freguesia**   
**A6.2 Concelho**   
**A6.3 Distrito** **A7 Estado Civil**

Solteiro(a)	<input type="text"/>
Casado(a)	<input type="text"/>
União de facto	<input type="text"/>
Separado(a)	<input type="text"/>
Divorciado(a)	<input type="text"/>
Viúvo(a)	<input type="text"/>

**B1a** Está actualmente doente? Sim ☐ Não ☐**B1b** Que doença é que tem? **B2** Há quanto tempo? **B3** Regime de tratamento? Internamento ☐ Consulta Externa ☐ Sem tratamento ☐**C. Forma de administração do questionário**

- 1. Auto-administrado ☐
- 2. Assistido pelo entrevistador ☐
- 3. Administrado pelo entrevistador ☐

**D. Tem alguns comentários a fazer a este estudo?**

---

---

---

---

**OBRIGADO PELA SUA AJUDA!**



### Instruções

Este questionário procura conhecer a sua qualidade de vida, saúde, e outras áreas da sua vida.

Por favor, responda a todas as perguntas. Se não tiver a certeza da resposta a dar a uma pergunta, escolha a que lhe parecer mais apropriada. Esta pode muitas vezes ser a resposta que lhe vier primeiro à cabeça.

Por favor, tenha presente os seus padrões, expectativas, alegrias e preocupações. Pedimos-lhe que tenha em conta a sua vida nas **duas últimas semanas**.

Por exemplo, se pensar nestas duas últimas semanas, pode ter que responder à seguinte pergunta:

	Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
Recebe das outras pessoas o tipo de apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Deve pôr um círculo à volta do número que melhor descreve o apoio que recebeu das outras pessoas nas duas últimas semanas. Assim, marcaria o número 4 se tivesse recebido bastante apoio, ou o número 1 se não tivesse tido nenhum apoio dos outros nas duas últimas semanas.

**Por favor leia cada pergunta, veja como se sente a respeito dela, e ponha um círculo à volta do número da escala para cada pergunta que lhe parece que dá a melhor resposta.**

		Muito Má	Má	Nem Boa Nem Má	Boa	Muito Boa
1 (G1)	Como avalia a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
2 (G4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As perguntas seguintes são para ver até que ponto sentiu certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Nem muito nem pouco	Muito	Muitíssimo
3 (F1.4)	Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer?	1	2	3	4	5
4 (F11.3)	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 (F4.1)	Até que ponto gosta da vida?	1	2	3	4	5
6 (F24.2)	Em que medida sente que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 (F5.3)	Até que ponto se consegue concentrar?	1	2	3	4	5
8 (F16.1)	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
9 (F22.1)	Em que medida é saudável o seu ambiente físico?	1	2	3	4	5

As seguintes perguntas são para ver **até que ponto** experimentou ou foi capaz de fazer certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nada	Pouco	Moderadamente	Bastante	Completamente
10 (F2.1)	Tem energia suficiente para a sua vida diária?	1	2	3	4	5
11 (F7.1)	É capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 (F18.1)	Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 (F20.1)	Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária?	1	2	3	4	5
14 (F21.1)	Em que medida tem oportunidade para realizar actividades de lazer?	1	2	3	4	5

		Muito Má	Má	Nem boa nem má	Boa	Muito Boa
15 (F9.1)	Como avaliaria a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem destinam-se a avaliar se se sentiu **bem ou satisfeito(a)** em relação a vários aspectos da sua vida nas duas últimas semanas.

		Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito
16 (F3.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o seu sono?	1	2	3	4	5
17 (F10.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as actividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18 (F12.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho?	1	2	3	4	5
19 (F6.3)	Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)?	1	2	3	4	5
20 (F13.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais?	1	2	3	4	5
21 (F15.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22 (F14.4)	Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos?	1	2	3	4	5
23 (F17.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive?	1	2	3	4	5
24 (F19.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25 (F23.3)	Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza?	1	2	3	4	5

As perguntas que se seguem referem-se à **frequência** com que sentiu ou experimentou certas coisas nas duas últimas semanas.

		Nunca	Poucas vezes	Algumas vezes	Frequentemente	Sempre
26 (F8.1)	Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão?	1	2	3	4	5



## Anexo 6. Inventário Depressivo de Beck (BDI)

### INVENTÁRIO DEPRESSIVO DE BECK (BDI; Beck, Ward, Mendelson, Mock, & Erbaugh, 1961) (Tradução e adaptação Vaz Serra, 1973)

B.D.I. \_\_\_\_\_  
D.F.D. \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_

#### INSTRUÇÕES

Leia, por favor, todas as frases expostas seguidamente e sublinhe, em cada grupo, aquela que melhor descreve a maneira como se sente presentemente.

1. 0 ) Não me sinto triste.  
1 ) Ando "neura" ou triste.  
2 ) Sinto-me "neura" ou triste todo o tempo e não consigo evitá-lo.  
2a) Estou tão triste ou infeliz que esse estado se torna penoso para mim.  
3) Sinto-me tão triste ou infeliz que não consigo suportar mais este estado.
2. 0 ) Não estou demasiado pessimista nem me sinto desencorajado em relação ao futuro.  
1 ) Sinto-me com medo do futuro.  
2 ) Sinto que não tenho nada a esperar do que surja no futuro.  
2a) Creio que nunca conseguirei resolver os meus problemas.  
3 ) Não tenho qualquer esperança no futuro e penso que a minha situação não pode melhorar.
3. 0 ) Não tenho a sensação de ter fracassado.  
1 ) Sinto que tive mais fracassos que a maioria das pessoas.  
2 ) Sinto que realizei muito pouca coisa que tivesse valor ou significado.  
2a) Quando analiso a minha vida passada, tudo o que noto é uma quantidade de fracassos.  
3 ) Sinto-me completamente falhado como pessoa (pai, mãe, marido, mulher).
4. 0 ) Não me sinto descontente com nada em especial.  
1 ) Sinto-me aborrecido a maior parte do tempo.  
1a) Não obtenho satisfação com as coisas que me alegravam antigamente.  
2 ) Nunca mais consigo obter satisfação seja no que for.  
3 ) Sinto-me descontente com tudo.
5. 0 ) Não me sinto culpado de nada em particular.  
1 ) Sinto, em grande parte do tempo, que sou mau ou que não tenho qualquer valor.  
2 ) Sinto-me bastante culpado.  
2a) Considero que sou muito mau e não valho absolutamente nada.

- 3 ) Agora, sinto permanentemente que sou mau ou que não tenho qualquer valor.
6. 0 ) Não sinto que esteja a ser vítima de algum castigo.  
1 ) Tenho o pressentimento que me pode acontecer alguma coisa de mal.  
2 ) Sinto que estou a ser castigado ou que em breve serei castigado.  
3 ) Sinto que mereço ser castigado.  
3a) Quero ser castigado.
7. 0 ) Não me sinto descontente comigo.  
1 ) Estou desiludido comigo mesmo.  
1a) Não gosto de mim.  
2 ) Estou bastante desgostoso comigo mesmo.  
3 ) Odeio-me.
8. 0 ) Não sinto que seja pior que qualquer outra pessoa.  
1 ) Critico-me a mim mesmo pelas minhas fraquezas ou erros.  
2 ) Culpo-me pelas minhas próprias faltas.  
3 ) Acuso-me por tudo o que de mal acontece.
9. 0 ) Não tenho quaisquer ideias de fazer mal a mim mesmo.  
1 ) Tenho ideias de pôr termo à vida, mas não sou capaz de as concretizar.  
2 ) Sinto que seria melhor morrer.  
2a) Sinto que seria melhor para a minha família que eu morresse.  
2b) Tenho planos concretos sobre a forma como hei-de pôr termo à vida.  
3 ) Matar-me-ia se tivesse oportunidade.
10. 0 ) Actualmente não choro mais do que o costume.  
1 ) Choro mais do que costumava.  
2 ) Actualmente passo o tempo a chorar e não consigo parar de fazê-lo.  
3 ) Costumava ser capaz de chorar, mas agora nem sequer o consigo, mesmo quando tenho vontade disso.
11. 0 ) Não ando agora mais irritado do que costumava.  
1 ) Fico aborrecido ou irritado mais facilmente do que costumava.  
2 ) Sinto-me permanentemente irritado.  
3 ) Já não consigo ficar irritado por coisas que me irritavam anteriormente.
12. 0 ) Não perdi o interesse que tinha nas outras pessoas.  
1 ) Actualmente sinto menos interesse pelos outros do que costumava ter.  
2 ) Perdi quase todo o interesse pelas outras pessoas, sentindo pouca simpatia por elas.  
3 ) Perdi por completo o interesse pelas outras pessoas, não me importando absolutamente com nada a seu respeito.
13. 0 ) Sou capaz de tomar decisões tão bem como antigamente.  
1 ) Actualmente sinto-me menos seguro de mim mesmo e procuro evitar tomar decisões.

- 2 ) Não sou capaz de tomar decisões sem a ajuda das outras pessoas.
  - 3 ) Sinto-me completamente incapaz de tomar qualquer decisão.
- 14.** 0 ) Não acho que tenha pior aspecto do que o que tinha.
- 1 ) Estou aborrecido porque estou a parecer velho ou pouco atraente.
  - 2 ) Sinto que se deram modificações permanentes na minha aparência que me tornaram pouco atraente.
  - 3 ) Sinto que sou feio ou que tenho aspecto repulsivo.
- 15.** 0 ) Sou capaz de trabalhar tão bem como antigamente.
- 1 ) Agora preciso de um esforço maior do que antes para começar a trabalhar.
  - 1a) Não consigo trabalhar tão bem como costumava.
  - 2 ) Tenho de despende um grande esforço para fazer seja lá o que for.
  - 3 ) Sinto-me incapaz de realizar qualquer trabalho, por mais pequeno que seja.
- 16.** 0 ) Consigo dormir tão bem como dantes.
- 1 ) Acordo mais cansado de manhã do que era habitual.
  - 2 ) Acordo cerca de uma a duas horas mais cedo do que o costume e custa-me voltar a adormecer.
  - 3 ) Acordo todos os dias mais cedo do que o costume e não durmo mais de cinco horas.
- 17.** 0 ) Não me sinto mais cansado do que é habitual.
- 1 ) Fico cansado com mais facilidade do que antigamente.
  - 2 ) Fico cansado quando faço seja o que for.
  - 3 ) Sinto-me tão cansado que sou incapaz de fazer o que quer que seja.
- 18.** 0 ) O meu apetite é o mesmo de sempre.
- 1 ) O meu apetite não é tão bom como costumava ser.
  - 2 ) Actualmente o meu apetite está muito pior do que anteriormente.
  - 3 ) Perdi por completo todo o apetite que tinha.
- 19.** 0 ) Não tenho perdido muito peso, se é que perdi algum ultimamente.
- 1 ) Perdi mais de 2,5 kg de peso.
  - 2 ) Perdi mais de 5 kg de peso.
  - 3 ) Perdi mais de 7,5 kg de peso.
- 20.** 0 ) A minha saúde não me preocupa mais do que o habitual.
- 1 ) Sinto-me preocupado, com dores e sofrimento, ou má disposição de estômago ou prisão de ventre ou ainda outras sensações físicas desagradáveis.
  - 2 ) Estou tão preocupado com a maneira como me sinto ou com aquilo que sinto, que se torna difícil pensar noutra coisa.
  - 3 ) Encontro-me totalmente preocupado pela maneira como me sinto.
- 21.** 0 ) Não notei qualquer mudança recente no meu interesse pela vida sexual.
- 1 ) Encontro-me menos interessado na vida sexual do que costumava estar.
  - 2 ) Actualmente sinto-me muito menos interessado pela vida sexual.
  - 3 ) Perdi completamente o interesse que tinha pela vida sexual

**Anexo 7. Autorização da Comissão de Ética para a Saúde do Hospital de São João, EPE**

20.4.2012 22-12

foi feito conhecimento.  
Nada a opor à publicação  
do estudo.

**AUTORIZADO**

CONSELHO DE ADMINISTRAÇÃO @ REUNIÃO DE  
Presidente do Conselho de Administração 26 ABR 2012

Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar de São João

Directora Clínica: *[assinatura]*  
Presidente da Comissão: *[assinatura]*  
Bibliotecária: *[assinatura]*

**Esclarecimentos**

**Projecto de Investigação:** "Qualidade de vida e Depressão em doentes com Perturbação Obsessivo-Compulsiva"

**Investigadora principal:** Adriana Quintal Vieira da Luz

Centro Hospitalar São João  
Centro de Investigação  
Prof. Dra. Ana Azevedo  
Coordenadora CIC

24/02/2012

A Comissão de Ética para a Saúde tendo aprovado o parecer do Relator, aguarda que o Investigador/Promotor esclareça as questões nele enunciadas para que possa emitir parecer definitivo.

Adriana Luz  
O Investigador Principal

PARECER DA COMISSÃO DE ÉTICA PARA A SAÚDE DO CENTRO HOSPITALAR DE S. JOÃO

emitido na reunião plenária da CES de	<p style="font-size: 1.2em;">Esclarecida por quem, de quem não fez um o parecer definitivo em par de Relator</p> <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; margin: 10px auto; width: 60%;"> <p>A Comissão de Ética para a Saúde APROVA por unanimidade o parecer do Relator, pelo que nada tem a opor à realização deste projecto de investigação.</p> </div> <p style="text-align: right;">2012.03.06 <i>[assinatura]</i> Prof. Doutor Filipe Almeida Presidente da Comissão de Ética</p>
---------------------------------------	---